



**Análise dos fatores de risco e proteção para
doenças crônicas por inquérito telefônico e a
trajetória da integração do conceito de hábitos
saudáveis no âmbito da política pública de
saúde no município do Rio de Janeiro.
2006 a 2010**

**Nº 20150502
Maio - 2015**

Alcides Carneiro, Rosanna Iozzi, Cecília Nicolai, Soraya
Fraile Espias e Lucia Santos – IPP/Prefeitura da Cidade do
Rio de Janeiro



EXPEDIENTE

A **Coleção Estudos Cariocas** é uma publicação virtual de estudos e pesquisas sobre o Município do Rio de Janeiro, vinculada ao portal de informações do Instituto Pereira Passos (IPP) da Secretaria Municipal da Casa Civil da Prefeitura do Rio de Janeiro:

www.armazemdedados.rio.rj.gov.br.

Seu objetivo é divulgar a produção de técnicos da Prefeitura sobre temas relacionados à cidade do Rio de Janeiro e à sua população. Está também aberta a colaboradores externos, desde que seus textos, bem como os dos colaboradores internos, sejam aprovados pelo Conselho Editorial.

Periodicidade: A periodicidade é anual, mas o número de artigos por edição é variável, pois depende da produção de textos por parte dos técnicos do IPP, de outros órgãos e de colaboradores.

Conselho Editorial: Fernando Cavallieri

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO E A TRAJETÓRIA DA INTEGRAÇÃO DO CONCEITO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS NO ÂMBITO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2006 A 2010

Alcides Carneiro, Rosanna Iozzi, Cecília Nicolai, Soraya Fraile Espias e Lucia Santos – IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

1 – Introdução

As informações sobre mortalidade são os dados mais consistentes para o desenho dos perfis de adoecimento dos grupos populacionais. Os dados de morbidade obtidos através de registros contínuos – Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) - ainda apresentam fragilidades e parcialidades para retratar a realidade desse perfil. De todo modo, continuamos a focar a situação de saúde a partir do padrão de doenças.

A necessidade de informações sobre a situação de saúde de populações para o controle e prevenção dos seus problemas atuais requer que se coloquem em prática abordagens complementares aos sistemas de informações oficiais e de registro contínuo. Dados, variáveis e indicadores sobre o comportamento e hábitos de vida são cada vez mais estratégicos para produção de conhecimento útil para promover saúde, bem estar e uma vida mais feliz.

O aumento da sobrevivência conquistado a partir dos avanços sociais, tecnológicos e científicos apresenta questões relacionadas à saúde, mas a partir de outro ângulo – O que é ser saudável? Como nos mantermos saudáveis? Como envelhecer mantendo qualidade de vida? Como viver mais e bem? Enfim, o que é ter saúde?

Responder a estas questões e a tantas outras relacionadas à saúde requer trabalhar com dados e informações não rotineiramente disponíveis e com perspectivas muitas das vezes não mensuráveis - percepções, sentimentos e sensações. A ideia da vigilância e monitoramento dos fatores de risco e proteção se estabelece como uma estratégia possível para produção de conhecimentos e mobilização da sociedade para modificação de hábitos e estilos de vida “não saudáveis”. Mas, para além do enfoque individual, esse enfoque da vigilância e monitoramento, se direciona para mudanças de condições de vida que restrinjam o acesso aos produtos, bens e serviços que favoreçam a manutenção e recuperação da saúde.

A Vigilância em Saúde se estabelece como área de pensamentos e trabalhos que ultrapassam o uso da vigilância epidemiológica para as doenças transmissíveis e organiza esse instrumental para as doenças crônicas degenerativas, violências e acidentes.

A abordagem do risco se desenvolve a partir do início do século passado, com o avanço científico e tecnológico da bacteriologia. A ideia da “exposição aos agentes etiológicos” das doenças transmissíveis predomina no cenário do pensamento epidemiológico. E com seu desenvolvimento se constrói todo arcabouço teórico e metodológico para se medir, quantificar a saúde e a doença.

Com o desenvolvimento social e econômico e a progressão da transição demográfica e epidemiológica, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) assumem cada vez mais importância no cenário de adoecimento e mortalidade. De forma distinta das doenças transmissíveis, as DCNT remetem necessariamente a compreensão dos estilos de vida, da vida social – padrões de consumo e produção de bens e serviços - e a transformação de hábitos e comportamentos considerados pelo

conhecimento científico disponível como inadequados à promoção e manutenção da saúde e em geral direcionados aos indivíduos.

Deste modo, a vigilância e a promoção da saúde se desenvolvem como áreas que reúnem conhecimentos técnicos e científicos que possibilitarão a identificação dos “fatores de risco e proteção à saúde” e a formulação de políticas públicas, ambientes e comportamentos saudáveis. Os determinantes sociais, econômicos e culturais que formatam as possibilidades de oferta, consumo, modismos e opções possíveis de cada um e de grupos sociais, distinguindo-os, definem as análises e proposições que se desenvolvem a partir do monitoramento e para formulação das políticas de saúde.

Conceito de hábitos saudáveis na promoção de saúde no Brasil

Na década de 30, em pleno processo de industrialização e urbanização do país, se tem registro das primeiras intervenções e pesquisas que buscavam difundir na sociedade a consciência sanitária com base no discurso médico higienista, ajustado com o novo cenário político nacional. A articulação entre desenvolvimento social e discurso / práticas médicas teve exemplo no sul do país com as publicações da Revista Médica do Paraná que, naquela década, foi responsável por ampla defesa da medicina como responsável por transformar comportamentos cotidianos em hábitos saudáveis, principalmente a partir da infância, o que exigiu o vínculo com a educação (Larocca e Marques, 2010).

A associação da questão nutricional às condições de vida da classe operária, então emergente, teve impulso a partir dos esforços do autor Josué de Castro, que com o apoio do Departamento de Saúde Pública de Pernambuco realizou um primeiro inquérito no Recife no ano de 1933, com o objetivo de associar o problema da nutrição da classe trabalhadora aos processos produtivos. Os resultados motivaram novas pesquisas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública no âmbito nacional para compreender regionalmente o problema da fome no país e sua relação com o projeto de desenvolvimento. De acordo com Arruda e Arruda (2007) foi após este evento que outros estados como Rio de Janeiro e São Paulo promoveram contribuições importantes na interseção alimentação e salário com as condições de vida dos trabalhadores e sua relação com o aprimoramento dos processos produtivos na transição da economia agrária exportadora para a economia urbano industrial.

O caminho para inserir as necessidades sociais da classe trabalhadora como a questão sociopolítica e a questão da segurança alimentar como de saúde pública já estavam definitivamente abertas com dados irrefutáveis. Na década de 40, quando o Estado ainda estava se organizando para criar instituições de Bem Estar Social, foram criadas algumas instituições para propiciar condições para acesso à alimentação e promover a educação alimentar a exemplo do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SPAS), o Instituto Técnico de Alimentação (ITA), o Instituto Nacional de Nutrição, o Conselho Nacional de Nutrição criado inicialmente no âmbito do Ministério da Educação e Saúde e, posteriormente, investido, na década de 50, nas funções da FAO (Food and Agriculture Organization).

Na década de 70, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o INAN, que, vinculado ao Ministério da Saúde tinha como função a elaboração e execução do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, o PRONAN. Mais tarde, em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), o II PRONAN, teve como objetivo a realização de estudos na área de alimentação e nutrição, sempre relacionados com os planos nacionais de desenvolvimento da época.

Cabe destacar, que naquele momento tratava-se de um processo histórico contrário ao desenvolvimento democrático, a ditadura e seu Estado extremamente centralizado acabou se tornando o principal obstáculo para o seguimento do PRONAN criando um contexto de descompasso entre o conhecimento gerado e as políticas estabelecidas, principalmente porque tais políticas, concebidas no bojo do autoritarismo, não consideravam a regionalização do problema, e, portanto a necessidade de adequação dos mecanismos para seu enfrentamento.

Por esta época, todos os programas e ações, como o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT); o Programa de Complementação Alimentar (PCA); a Companhia Brasileira de Alimentos (COBAL) se destinavam ao fracasso e quase exclusivamente a fonte de corrupção para desvio de verba orçamentária.

Em meados da década de 80, o país já contava com um aparato no âmbito executivo e legislativo, além de suporte internacional para a formulação e seguimento de uma política nacional de alimentação pautada no argumento da articulação dos hábitos alimentares da população com a saúde pública.

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de reformular o Sistema Nacional de Saúde segundo os princípios de universalização, participação e descentralização. Sob a influência do movimento da Reforma Sanitária foi proposta a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que superasse o critério do vínculo empregatício para acesso à saúde e observasse a regionalização na oferta dos serviços. Mais ainda, a Reforma Sanitária afirmava o conceito ampliado de saúde como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos.

Com a criação do SUS, e a adoção deste conceito, as ações de promoção e prevenção em saúde são desenhadas de acordo com as especificidades regionais, o que nas cidades, reforça a função social da prática médica no sentido de garantir bem estar em saúde da classe trabalhadora. O enfoque, neste sentido, ainda estava limitado ao tema nutricional que, sob a égide da segurança alimentar, ampliava suas ações com a incorporação de conteúdos nutricionais e não somente quantidade de alimentos.

No contexto internacional, a concepção de saúde como produção social estabeleceu as bases para a inclusão oficial na OMS do conceito de Promoção de Saúde, cujo marco, a Carta de Ottawa, assume as relações da saúde com os demais setores da sociedade e influenciada pelo contexto sócio histórico e econômico, elege a promoção da saúde responsável pelo objetivo de eliminar as “diferenças sanitárias” consideradas evitáveis ou injustas (Scioli e Nascimento, 2003).

Na década de 90, o conhecimento sobre os temas sociais que implicam em deterioração do processo saúde doença de indivíduos e comunidades impulsiona alguns movimentos em favor de ações mais contundentes do setor saúde na promoção de cotidianos saudáveis. Neste contexto surge o movimento protagonizado pela sociedade civil e encabeçado pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, a Ação da Cidadania contra a fome, à Miséria e pela Vida, com todos os percalços que um movimento desta natureza e dimensão pode ter e teve, imprime na sociedade o elemento que faltava para o reconhecimento da alimentação como imprescindível para a promoção da saúde. Em 1994 é realizada a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar que impõe a necessidade do Estado em garantir não apenas a quantidade, como também a qualidade na alimentação. Em 2003, o tema ganha centralidade no projeto de governo surge o Plano Fome Zero, O Ministério de Segurança Alimentar e Combate a Fome, e, com a perspectiva de ampliar a discussão da alimentação na promoção de saúde, é criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA).

Em 2004 acontece a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional em Pernambuco cujas recomendações apontam para a necessidade de valorizar hábitos alimentares regionais e promover a alimentação saudável. Importa mencionar que a persistência das disparidades entre as regiões centro sul – norte nordeste historicamente construídas, e aprofundadas ainda no período ditatorial, ajudam a compreender o cenário no qual o país vivencia a transição epidemiológica¹ e nutricional. Enquanto o país experimentou uma redução de cerca de 70% de prevalência de deficiência estatural, no meio rural, este declínio não seguiu na mesma velocidade.

Desde a década de 70, uma série de inquéritos sobre o tema, destacando a regionalização dos dados, contribuiu para o acúmulo de conhecimento da situação nutricional, segundo o paradigma calórico–proteico, permitindo o desenho de sua evolução (Batista Filho e Rissini, 2003). Tais informações, completadas com outras, levaram ao reconhecimento do processo que, acompanhando a transição epidemiológica, foi chamado de transição nutricional, que se caracterizou pela redução da desnutrição em crianças e adultos e a emergência epidêmica de sobrepeso e obesidade na população, que, segundo Batista Filho e Rissini (2003) em adultos triplicou no nordeste e duplicou no sudeste. A mobilidade social da obesidade que, a partir da década de 80, se desloca dos estratos mais ricos para os mais pobres da população. Ao mesmo tempo, a prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos e gestantes persiste como problema carencial do país, salvo as diferenças regionais.

A questão da saúde articulada ao processo de desenvolvimento histórico e econômico tem sido fundamental e marcante na construção do que hoje existe como saúde pública no país, e, o reconhecimento das determinações sociais para a saúde, com destaque para a segurança alimentar, foram imprescindíveis para elaboração de ações que buscavam a promoção de situações menos desiguais, no âmbito sanitário, para indivíduos e comunidades.

Promoção de Saúde no Rio de Janeiro, segundo o conceito de hábitos saudáveis

A promoção da saúde como estratégia passa por um processo de revisão crítica na década de 70, com a remodelação da concepção orientadora de suas práticas e deslocamento do foco da modificação de estilos de vida e comportamentos não saudáveis de indivíduos e grupos para a valorização do meio ambiente e do contexto sócio histórico numa perspectiva ampliada da saúde como responsabilidade do Poder Público. (Lalonde, 1996; OMS, 1984; Cerqueira, 1997).

Após uma série de encontros e conferências internacionais, o conceito de promoção em saúde passa a ser definitivamente pilar da construção de estratégias políticas específicas para a saúde.

- 1974 – Informe Lalonde, Canadá;
- 1978 – I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (Declaração de Alma Ata), República do Cazaquistão;
- 1986 – Carta de Ottawa sobre Promoção de Saúde, Canadá;
- 1988 – II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Adelaide, Austrália;
- 1991 – III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Sundsvall, Suécia;
- 1992 – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, em Santafé de Bogotá, Colômbia;
- 1997 – IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Jacarta, Indonésia;
- 2000 – V Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Cidade do México, México.

¹ O processo brasileiro da transição epidemiológica tem como especificidade a associação de questões para a saúde já vivenciada por países desenvolvidos com a persistência de temas de países em desenvolvimento.

Todos os esforços para a legitimação da promoção de saúde orientam para o destaque de campos de atuação na área que devem orientar seu planejamento: a formulação de políticas públicas saudáveis; o estímulo à criação de ambientes favoráveis à saúde; o fomento ao empowerment; reorientação dos serviços de saúde e massificação de comportamentos pessoais saudáveis. Observa-se que o enfoque individualizado, na responsabilização do sujeito sobre sua situação de saúde está contemplado, mas não é prioritário nas ações de planejamento da política de promoção, pois enquanto política pública, a saúde deve estar voltada também para a eliminação das desigualdades sociais que interferem no processo saúde doença.

No Brasil, a promoção articulada à política pública de saúde teve seu primeiro Fórum Nacional em 1990, já legitimada na Lei que cria o SUS, sua sistematização surge apenas em 2006 com a criação da Política Nacional da Promoção de Saúde PNPS. Em 2007, o Governo Federal lança a Política Nacional sobre Álcool. No mesmo ano, é realizada a XIII Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde e Qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento”.

Neste contexto, o compromisso de situar a saúde na agenda pública e enfatizar os fatores sociais determinantes do processo saúde doença são reafirmados, e ganham força com a realização, no município do Rio de Janeiro, da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de saúde em 2011.

As orientações internacionais referendadas pela OPAS nos anos de 1992 – Declaração de Santa Fé em Bogotá – e 1993 – Carta de Promoção de Saúde no Caribe, corroboram o movimento de fortalecer a intersectorialização e descentralização no planejamento e execução da promoção em saúde. De acordo com BUSS, 2000, conhecido como “municípios saudáveis” este movimento foi propulsor de encontros de Secretarias Municipais de Saúde em Cuba (1994) e no Brasil (1996).

Desta forma, compreende-se que as ações de promoção de saúde já vinham ocorrendo no âmbito municipal, e fatalmente concorreram para a criação da Política Nacional que tem como eixos: alimentação saudável; práticas corporais e atividade física, tabagismo, álcool e outras drogas, acidentes de trânsito, cultura da paz e desenvolvimento sustentável.

Em linhas gerais é possível identificar que, considerados estes eixos orientadores, a política de promoção de saúde foi formulada considerando tanto fatores coletivos quanto individuais na sua orientação, propondo a atenção direcionada aos comportamentos de responsabilidade individual como a escolha da alimentação, do uso de tabaco, álcool ou outras drogas e o exercício de atividades físicas. No âmbito da atenção de fatores estruturais está focada nas violências e no que considerou como desenvolvimento sustentável relacionada ao meio ambiente – disposição do solo e da água - e saúde do trabalhador. Esta política segue o processo brasileiro da transição epidemiológica que associa o desenvolvimento de questões para a saúde já vivenciada por países desenvolvidos com a persistência de temas de países em desenvolvimento.

O município do Rio de Janeiro, atualmente, conta com uma superintendência de Promoção de Saúde, vinculada a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Sua estrutura está norteadada pelos eixos orientadores da PNPS, com destaque para as coordenações de Políticas e Ações Intersectoriais; Coordenação de Educação e Saúde; Coordenação de Saúde na Escola, atuação na área de nutrição com a promoção da alimentação saudável através do Instituto de Nutrição Annes Dias; na área da atividade física, com a academia carioca da saúde e controle do tabagismo.

Embora os esforços na promoção de saúde no âmbito municipal tenham se constituído em política pública estruturada, a dimensão política está fortemente atrelada à prevenção de fatores risco em

populações vulneráveis como homens jovens (na prevenção a violências) e população negra. A ação intersetorial está, predominantemente, orientada para o controle de práticas e hábitos cotidianos saudáveis (alimentação, atividade física e uso de drogas lícitas ou ilícitas). A participação da sociedade aparece orientada pela lógica do protagonismo juvenil e o favorecimento de ambientes saudáveis no combate à dengue.

A promoção de saúde como ação intersetorial, capaz de viabilizar políticas públicas saudáveis e eliminar as diferenças sanitárias segue seu processo de amadurecimento na atual estrutura política do SUS no âmbito municipal.

A estratégia VIGITEL

A iniciativa do Ministério da Saúde (MS) de monitoramento dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas através de inquérito telefônico (VIGITEL), desenvolvido desde 2006 resulta da necessidade de dimensionar e conhecer padrões de consumo e hábitos que contribuem direta ou indiretamente para o desenvolvimento de doenças e agravos não transmissíveis. A partir das informações produzidas, a sociedade é mobilizada pela mídia através de resultados encontrados e estratégias de promoção da saúde delineadas.

O VIGITEL coloca para a sociedade um pequeno retrato de alguns aspectos da vida como: alimentação, tabagismo, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas que podem interferir na condição de saúde dos indivíduos, das famílias e de grupos sociais definindo a situação de maior ou menor bem-estar, mais saúde ou mais doença.

A metodologia de inquérito telefônico é uma estratégia amplamente utilizada em outros países por centros de pesquisa e controle de doenças e agravos. Felizmente o MS passa a utilizar esta metodologia de forma sistemática com custos relativamente menores e com a garantia de qualidade na definição da amostra, na descrição e formatação das variáveis e na padronização dos procedimentos de coleta de dados.

A cidade do Rio de Janeiro, com as especificidades da sua transição demográfica e epidemiológica será apresentada através dos resultados encontrados na série de monitoramentos realizados entre 2006 e 2010 através do VIGITEL. A partir destes dados aproxima-se de alguns aspectos do “modo de viver” carioca que se relaciona com a produção de saúde ou da doença e dos limites que as políticas públicas encontram frente às expectativas e desejos individuais e coletivos.

2 - Metodologia

Os dados apresentados se referem à cidade do Rio de Janeiro e foram tabulados a partir do TABNET/DATASUS para as bases de dados do inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas – VIGITEL.

O universo da pesquisa do VIGITEL é de adultos, com 18 ou mais anos de idade, residentes em uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. O desenho amostral objetiva obter, amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos. Maiores detalhes sobre os aspectos metodológicos envolvendo a amostra estão disponíveis nas publicações (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010) disponibilizadas no site do MS/Secretaria de Vigilância em Saúde.

O período focado compreende os anos de 2006 a 2010 para as variáveis - *hábito de fumar, excesso de peso, obesidade, padrão de alimentação, atividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, autoavaliação do estado de saúde, referência a diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes*. A proporção de *dislipidemia* foi avaliada de 2006 a 2009; a *proporção de indivíduos que informaram possuir plano de saúde ou convênio médico* de 2008 a 2010; a *realização de mamografia e citologia oncológica para detecção de câncer de colo de útero* para o período de 2007 a 2010. A análise das frequências será apresentada segundo sexo. A avaliação segundo idade não apresenta representatividade para todas as idades e será analisada apenas para: *excesso de peso, obesidade, padrão alimentar e atividade física, hipertensão, diabetes, dislipidemia e realização de mamografia e citologia oncológica para detecção de câncer de colo de útero*.

Os resultados da cidade do Rio de Janeiro serão comparados às seguintes capitais selecionadas: Belém, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, São Paulo e Distrito Federal.

3 - Resultados

Tabagismo

A proporção de fumantes é maior entre os homens e cai de 2008 para 2010 de 15 para 13%. Entre as pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia, a proporção de homens (6,3% na média do período) supera as mulheres (4,7%), com uma diferença significativa 35%, mas o consumo aumenta entre elas – de 3,8 para 5%. Vale aqui lembrar que, o denominador de todos os grupos analisados (fumantes, fumantes de 20 cigarros ou mais e ex-fumantes) é sempre o total da população, segundo definição do Vigitel.

Entre ex-fumantes convivemos com uma situação interessante, embora a média masculina (27%) para o período seja 42,2% superior à feminina (19%), quando se analisa a proporção entre os anos extremos, vemos que a proporção de mulheres que pararam de fumar cresceu 2,1% enquanto para homens foi reduzida em 23,3%. E o percentual de ex-fumantes diminuiu em geral e entre os homens, fato que pode indicar que os homens estão adquirindo em menor proporção o hábito de fumar, enquanto para as mulheres este se mantém (tabela 1).

Tabela 1 – Proporção de fumantes, ex-fumantes e indivíduos que fumem mais de 20 cigarros por dia segundo o sexo, variação percentual e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL - 2006 a 2010.

Fumantes							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var % 2010/2006	Media 2006/2010
Masculino	16,1	16,7	19	15,6	13,4	-16,8	16
Feminino	13,2	15,6	14,6	11,8	13,3	0,8	14
Total	14,5	16,1	16,6	13,5	13,3	-8,3	15

Indivíduos que fumam 20 ou mais cigarros por dia							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var % 2010/2006	Media 2006/2010
Masculino	6,6	6,3	7,7	5,2	5,9	-10,6	6
Feminino	3,8	5,9	4,5	4,3	5	31,6	5
Total	5,1	6,1	6	4,7	5,4	5,9	5

Ex-fumantes							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var % 2010/2006	Media 2006/2010
Masculino	31,3	28,4	25,9	25,6	24	-23,3	27
Feminino	19,1	19,2	17,1	20,2	19,5	2,1	19
Total	24,6	23,4	21,1	22,7	21,5	-12,6	23

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

As maiores frequências do tabagismo se concentraram nas idades de 35 a 64 anos e de ex-fumantes para quem tem 45 anos ou mais (tabela 2).

Tabela 2 – Proporção de fumantes e ex-fumantes, segundo a idade, variação percentual e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL - 2006 a 2010.

% fumantes							
Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
TOTAL	14,5	16,1	16,6	13,5	13,3	-8,3	14,8
18 a 24 anos	*	† 16,4	*	*	*		
25 a 34 anos	11,2	14,7	20,8	*	12,1	8,0	
35 a 44 anos	18,8	19,8	15,4	11,4	14,4	-23,4	16,0
45 a 54 anos	22,4	23,3	19,0	19,0	14,9	-33,5	19,7
55 a 64 anos	19,1	11,4	18,2	16,0	22,2	16,2	17,4
65 anos e mais	*	6,7	*	8,1	6,5		

% ex-fumantes							
Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
TOTAL	24,6	23,4	21,1	22,7	21,5		22,7
18 a 24 anos	21,7	*	*	*	*		
25 a 34 anos	12,5	14,7	*	17,2	*		
35 a 44 anos	22,8	22,1	17	18,5	18,4	-19,3	19,8
45 a 54 anos	35,4	33,5	36,3	32,4	34,9	-1,4	34,5
55 a 64 anos	30,6	35	36,4	40,1	34,1	11,4	35,2
65 anos e mais	33,4	33,6	37,4	35,6	38,6	15,6	35,7

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

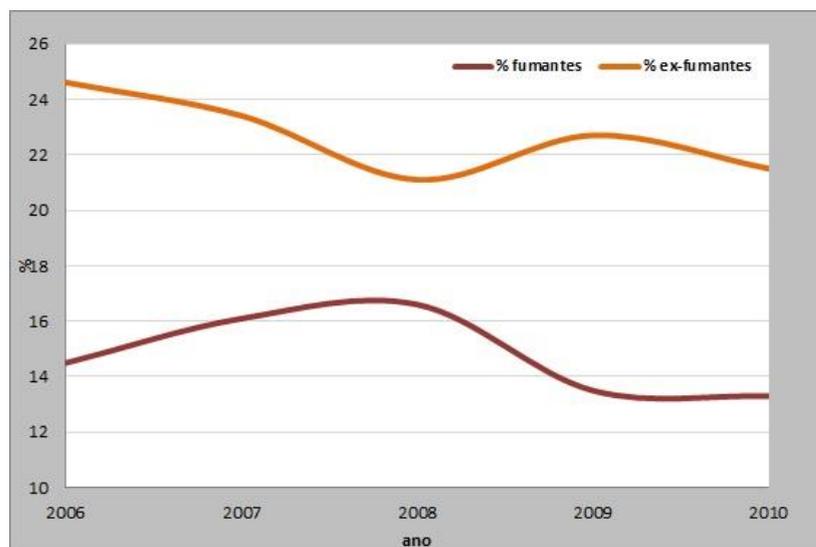
*Baixa precisão de resultados

† Estimativa deve ser utilizada com cautela, dada sua baixa precisão. (Coeficiente de variação maior que 30,0%).

Quando se analisa o fumante ou ex-fumante por faixa etária podemos constatar a fragilidade do tamanho da amostra para eventos mais raros, pois nas faixas extremas os valores não tem significância estatística.

Com intuito de diminuir as oscilações do período, utilizamos a média que se mostra sempre inferior à observada no início do período (Gráfico 1), o que é positivo com a variável proporção de fumantes. Já quando o objeto passa a ser ex-fumantes o comportamento não fica patente, ou seja, as variações da proporção de ex-fumantes não apresenta variações significativas.

Gráfico 1 Proporção de pessoas de 18 anos ou mais, fumantes e ex-fumantes – Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL - 2006 a 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

Excesso de peso

O excesso de peso é masculino e atinge em média mais da metade (52,6%) do grupo, já entre as mulheres essa proporção é menor (44,6%). Na comparação da média com o valor estimado para o último ano podemos constatar que, independente do sexo, parece haver um crescimento das pessoas com excesso de peso.

A frequência de excesso de peso e a obesidade aumentam na cidade principalmente entre as mulheres.

Quando avaliamos o excesso de peso segundo a idade, é fácil constatar uma correlação positiva entre a faixa etária e o aumento de peso. Quanto maior a idade, maior a proporção de pessoas com excesso de peso, com inflexão da curva na faixa de 55 a 64 anos.

Com a obesidade, praticamente se repete o comportamento anterior (tabela 3), apenas com uma mudança de escala, pois o excesso de peso orbita em volta da metade da população, enquanto a obesidade, felizmente, atinge no máximo 1/5 da população (gráfico 2).

Entre as idades de 18 e 24 anos observaram-se as maiores variações percentuais do excesso de peso – de 21% em 2006 passa para 36% em 2010. Porém a variável obesidade não permite muitos comentários em função da flutuação dos resultados no período e a diminuta diferença entre os sexos na média do quinquênio.

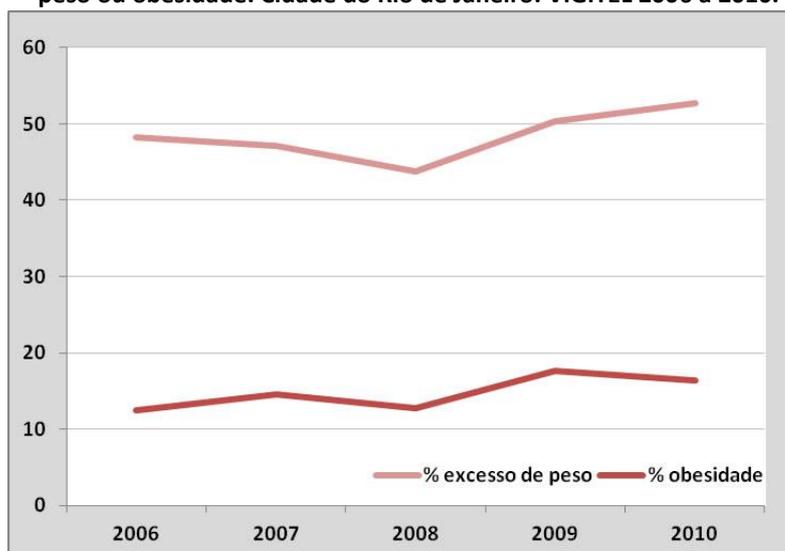
Tabela 3 – Proporção de pessoas com excesso de peso e obesidade segundo sexo e idade, variação % 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL - 2006 a 2010.

Excesso de Peso							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
Masculino	52.5	52.4	45.2	56.2	56.5	7.6	52.6
Feminino	44.4	42.2	42.4	45	49.1	10.6	44.6
Total	48.3	47.1	43.8	50.4	52.7	9.1	48.5
Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
18 a 24 anos	21.2	21.1	24.5	33.7	36.3	71.2	27.4
25 a 34 anos	47.2	48.6	39.5	47.9	49	3.8	46.4
35 a 44 anos	55.3	50.3	46.6	50.3	55.2	-0.2	51.5
45 a 54 anos	56.4	56.3	51.5	59.3	62.7	11.2	57.2
55 a 64 anos	57.1	56.7	58.1	61.4	62.6	9.6	59.2
65 anos e mais	55.8	49.1	50.5	54.1	52.8	-5.4	52.5
Total	48.3	47.1	43.8	50.4	52.7	9.1	48.5
Obesidade							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
Masculino	11.7	14.4	12.3	19.7	14.2	21.4	14.5
Feminino	13.2	14.6	13.2	15.9	18.4	39.4	15.1
Total	12.5	14.5	12.8	17.7	16.4	31.2	14.8
Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
18 a 24 anos	*	*	*	*	*	-	
25 a 34 anos	11.6	13.5	10.4	19.8	14.2	22.4	13.9
35 a 44 anos	11.5	14.1	13	18.9	19.5	69.6	15.4
45 a 54 anos	14.7	20.9	16.8	19.9	22.3	51.7	18.9
55 a 64 anos	22	24.1	21.2	19.8	16.3	-25.9	20.7
65 anos e mais	17.5	12.9	17.6	15	16.6	-5.1	15.9
TOTAL	12.5	14.5	12.8	17.7	16.4	31.2	14.8

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

*Baixa precisão de resultados

Gráfico 2 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais com excesso de peso ou obesidade. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL 2006 a 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

Padrão Alimentar

O padrão alimentar foi abordado a partir da avaliação da proporção de pessoas que consomem frutas ou sucos, hortaliças, carnes com gordura visível, leite com teor integral de gordura, refrigerantes não diet, cinco ou mais dias da semana e da proporção de indivíduos com consumo recomendado.

O consumo de frutas ou sucos de fruta cinco ou mais dias na semana mostra dois pontos bem interessantes, a proporção de mulheres (57%) com este hábito saudável é 21% superior a dos homens (47%). Em relação à faixa etária (tabela 4), constatamos que quanto maior a idade, maior a proporção dos que se alimentam melhor. Mas o consumo de frutas ou suco de frutas cresce de 46 para 56%, mais entre os homens do que entre as mulheres.

Tabela 4 – Proporção de indivíduos que consomem frutas cinco ou mais dias por semana segundo sexo e idade, variação % 2006/2010 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL 2006 a 2010.

Frutas ou suco de frutas							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
Masculino	38.6	46	46.4	50.9	53.3	38.1	47.0
Feminino	52.2	52.7	60.5	60.9	58.2	11.5	56.9
Total	46	49.6	54.1	56.4	56	21.7	52.4
Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
18 a 24 anos	34.2	36.9	47.4	53.4	55.5	62.3	45.5
25 a 34 anos	34.9	40.6	48.9	43.6	52.3	49.9	44.1
35 a 44 anos	38.9	47.1	48.5	55	47.3	21.6	47.4
45 a 54 anos	55.4	51.5	54.3	56.3	55.4	0.0	54.6
55 a 64 anos	60.8	63.7	55.9	71	60.4	-0.7	62.4
65 anos e mais	68.1	72.1	79.8	72.4	74.5	9.4	73.4
Total	46	49.6	54.1	56.4	56	21.7	52.4

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

Quando o indicador passa a ser hortaliças cruas ou cozidas, caem as proporções médias, enquanto cresce a disparidade (43%). Vista sob o prisma etário, porém o comportamento para a média dos cinco anos é similar ao verificado para frutas, porém arrefecido. O consumo de hortaliças cai – de 52 para 41% e mais entre as mulheres. As variações do consumo de hortaliças entre as idades e em cada ano estudado foram grandes, indicando haver realmente um maior consumo conforme aumenta a idade. (tabela 5).

Tabela 5 – Proporção de indivíduos que consomem hortaliças (cruas ou cozidas) cinco ou mais dias por semana², segundo sexo e idade, variação percentual 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro, VIGITEL 2006 a 2010.

Hortaliças							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
Masculino	42.9	36.5	32.4	40.1	36.2	-15.6	37.6
Feminino	58.9	58.1	52.4	54.0	45.5	-22.8	53.8
Total	51.6	48.3	43.3	47.7	41.3	-20.0	46.4

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
18 a 24 anos	40	26.9	30	32.9	34.9	-12.8	32.9
25 a 34 anos	54.6	43.6	36.6	42.2	35.1	-35.7	42.4
35 a 44 anos	51.4	55.6	49.1	52.3	44.1	-14.2	50.5
45 a 54 anos	57	56.1	52.5	54.9	44.3	-22.3	53.0
55 a 64 anos	53.7	57.5	45.3	51	48.3	-10.1	51.2
65 anos e mais	54.2	55.1	49.6	57.5	45.9	-15.3	52.5
Total	51.6	48.3	43.3	47.7	41.3	-20.0	46.4

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

² Proporção (%) do número de indivíduos que consomem hortaliças (cruas ou cozidas) cinco ou mais dias por semana sobre o número de indivíduos entrevistados. Foi considerado consumo regular de hortaliças, o consumo em cinco ou mais dias da semana com hortaliças estimado a partir de respostas às questões: “Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?”.

O consumo recomendado de frutas e hortaliças apresenta variação importante, aumentando no período, entretanto, os resultados devem ser relativizados em função do aperfeiçoamento da coleta do dado (tabela 6), da melhor compreensão do significado do consumo de cinco porções de frutas e hortaliças ao dia, para entrevistadores e entrevistados. As mulheres sobressaem, cumprindo melhor a recomendação do que os homens. O aumento da frequência de pessoas seguindo a recomendação de consumo de frutas e hortaliças conforme aumenta a idade está indicado, principalmente nos resultados dos anos de 2008 e 2009, não ficando suficientemente claro em função da fragilidade dos resultados para algumas idades (tabela 6).

Tabela 6 – Proporção de indivíduos com consumo recomendado³ de frutas e de hortaliças, segundo sexo e idade, variação percentual 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro, VIGITEL 2006-2010.

Consumo recomendado de frutas e hortaliças							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
Masculino	6,8	8	14,4	16,8	15,4	126,5	12,3
Feminino	11,1	19	24,7	23	20,6	85,6	19,7
Total	9,1	14	20	20,2	18,2	100,0	16,3

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
18 a 24 anos	*	*	16,3	13,5	† 19,4		6,0
25 a 34 anos	*	7,6	20,7	14	13,6		11,2
35 a 44 anos	9	15,2	20,4	24,9	17,4	93,3	17,4
45 a 54 anos	13,9	15,8	19,6	20	22,3	60,4	18,3
55 a 64 anos	13,3	24,8	17	27,3	21	57,9	20,7
65 anos e mais	12,5	17,8	26,3	26,3	18,2	45,6	20,2
Total	9,1	14	20	20,2	18,2	100,0	16,3

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

*Baixa precisão de resultados

† Estimativa deve ser utilizada com cautela, dada sua baixa precisão. (Coeficiente de variação maior que 30,0%).

³ Foi considerado consumo recomendado de frutas e de hortaliças o consumo de cinco ou mais vezes por dia em cinco ou mais dias da semana de frutas e hortaliças, como *proxy* do consumo recomendado de cinco porções diárias, devido as dificuldades em se transmitir aos entrevistados o conceito de porções de frutas, legumes e verduras (Relatório VIGITEL, 2010). Para o cálculo de frutas ou de suco de frutas, considera-se cada fruta ou cada suco de fruta como equivalente a uma porção, limitando-se em três o número máximo de porções diárias computado para frutas e em um o número máximo computado para sucos. No caso de hortaliças, computa-se um número máximo de quatro porções diárias, situação que caracteriza indivíduos que informam o hábito de consumir hortaliças cruas no almoço e no jantar e hortaliças cozidas também no almoço e no jantar.

O costume de consumir carnes com gordura visível diminuiu de 35% em 2006 para 28% em 2010. Caiu mais entre as mulheres do que entre os homens e também diminuiu conforme aumenta a idade (tabela 7).

Tabela 7 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que costumam consumir carnes com gordura visíveis segundo sexo e idade, variação percentual 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro, VIGITEL 2006 a 2010.

Consumo de carnes com gordura visível							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
Masculino	45.5	37.0	38.8	35.7	37.0	-18.7	38.8
Feminino	26.4	23.0	21.9	19.1	19.5	-26.1	22.0
Total	35.1	29.4	29.6	26.7	27.5	-21.7	29.7

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
18 a 24 anos	43	41.2	39.5	30.8	34.5	-19.8	37.8
25 a 34 anos	47.5	33.9	34.6	34.6	29.3	-38.3	36.0
35 a 44 anos	35.1	28.5	27.1	29.3	29.6	-15.7	29.9
45 a 54 anos	32.5	28.2	27.4	22.3	25.1	-22.8	27.1
55 a 64 anos	24.2	20.8	27.9	21.8	23	-5.0	23.5
65 anos e mais	15.6	15.5	15.9	12.8	18.1	16.0	15.6
Total	35.1	29.4	29.6	26.7	27.5	-21.7	29.7

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

O leite com teor integral de gordura é consumido por pouco mais da metade dos entrevistados (55%), em média a proporção de homens (59%) é superior à feminina (48%). Entre 2006 e 2010, a proporção de consumidores cresceu cerca de 4%. O leite integral, assim como a carne gordurosa é menos consumido conforme avança a idade especialmente para os que têm 65 anos ou mais de idade (tabela 8).

Tabela 8 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que costumam consumir leite com teor integral de gordura segundo sexo e idade, variação % 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro, VIGITEL 2006 a 2010.

Consumo de leite com teor integral de gordura							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
Masculino	57.5	57.5	57	61.5	60.5	5.2	58.8
Feminino	47.8	43.2	46.7	53.9	49.4	3.3	48.2
Total	52.2	49.7	51.4	57.4	54.5	4.4	53.04

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
18 a 24 anos	60.6	63.4	62.3	69	72.9	20.3	65.64
25 a 34 anos	56.2	50.1	59.8	65.3	56.5	0.5	57.58
35 a 44 anos	46.9	48	47.9	57.5	56.1	19.6	51.28
45 a 54 anos	50.4	47.6	42	52.4	42.9	-14.9	47.06
55 a 64 anos	51.5	39.4	48.3	47.6	47.4	-8.0	46.84
65 anos e mais	45.8	44.7	42.8	42.7	44.1	-3.7	44.02
TOTAL	52.2	49.7	51.4	57.4	54.5	4.4	53.04

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

Já o consumo de refrigerantes não diet (tabela 9) aumenta muito e ainda mais entre as mulheres e se exacerba entre os mais jovens (até 34 anos).

Tabela 9 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que costumam beber refrigerante ou suco artificial segundo sexo e idade, variação % 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL 2006 a 2010.

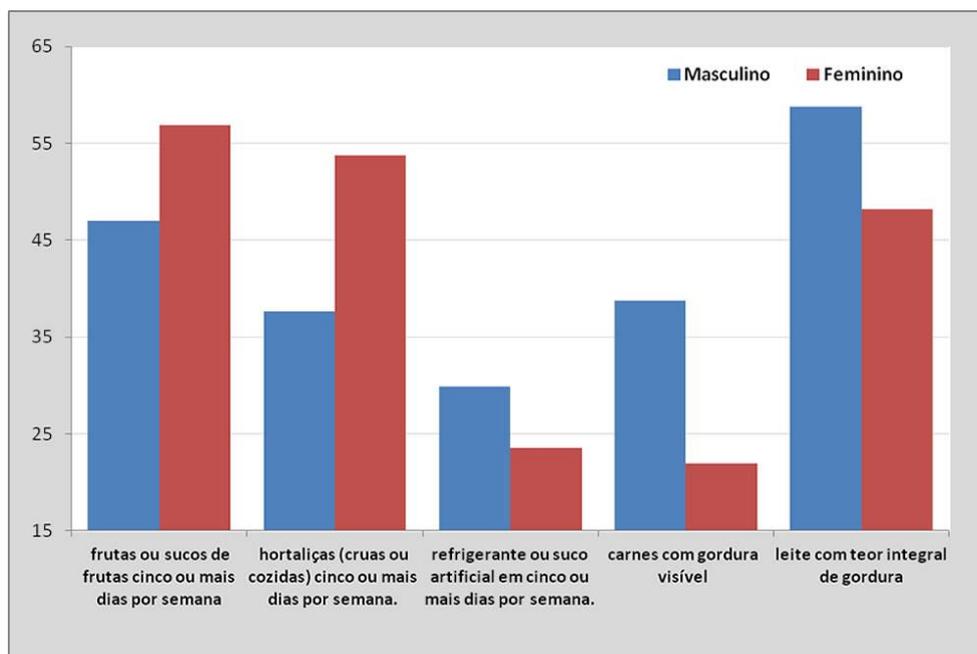
Consumo de refrigerantes ou suco artificial							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
Masculino	18.5	31.4	32	32.7	34.7	87.6	29.9
Feminino	14.1	23.3	23.8	26.4	30.1	113.5	23.5
Total	16.1	27	27.6	29.2	32.2	100.0	26.4

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
18 a 24 anos	29.8	44.7	46.1	40.1	44.8	50.3	41.1
25 a 34 anos	19.3	34.4	34.9	34.6	39.7	105.7	32.6
35 a 44 anos	16.5	24.1	21.3	30.4	34.8	110.9	25.4
45 a 54 anos	11.5	21.8	24.7	26.4	24.7	114.8	21.8
55 a 64 anos	*	14.4	17.6	20.1	19.4		14.3
65 anos e mais	*	12.3	12.2	14.7	18.4		11.5
Total	16.1	27	27.6	29.2	32.2	100.0	26.4

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

*Baixa precisão de resultados

Gráfico 2 – Pessoas de 18 anos ou mais – Média de consumo de marcadores de padrão alimentar por sexo. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2006 a 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

Atividade Física

O VIGITEL considera a prática de atividade física regular o exercício de intensidade leve ou moderada de pelo menos 30 minutos por dia, em cinco ou mais dias da semana ou pelo menos 20 minutos diários de atividade de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana.

Para o conjunto das pessoas entrevistadas a prática de atividade física no lazer decaiu, primordialmente entre os homens, mesmo assim, em média a proporção de homens que se exercitam é 54% superior à feminina. Com o crescimento da idade diminui a atividade física e praticamente se estabiliza depois dos 45 anos (tabela 10).

Tabela 10 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que praticam atividade física suficiente⁴, no lazer, segundo sexo e idade, variação % 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2006 a 2010.

Atividade física suficiente no lazer							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
Masculino	21.7	20.9	19.3	19.9	16.5	-24.0	19.7
Feminino	11.8	14.4	12.6	13	12	1.7	12.8
Total	16.3	17.4	15.6	16.1	14	-14.1	15.9

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
18 a 24 anos	25.1	24.5	18	18.4	17.8	-29.1	20.8
25 a 34 anos	19.3	15.3	16.9	16.6	16.4	-15.0	16.9
35 a 44 anos	12.4	15.8	14.8	17	12.4	0.0	14.5
45 a 54 anos	10.6	16.2	12.9	12.3	13.2	24.5	13.0
55 a 64 anos	16	14.9	19.1	17.3	10.3	-35.6	15.5
65 anos e mais	13.2	17.4	12.1	14.7	11.7	-11.4	13.8
Total	16.3	17.4	15.6	16.1	14	-14.1	15.9

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

⁴ O VIGITEL considera nessa condição todos os indivíduos que praticam pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa entre três ou mais dias da semana. Caminhada, caminhada em esteira, musculação; hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquete e tênis foram classificados como práticas **de intensidade vigorosa** (Ainsworth, 2000).

A proporção de indivíduos fisicamente inativos⁵ praticamente não se altera, permanecendo na faixa dos 15%, mas indica maior sedentarismo entre as mulheres (tabela 11). Para quem tem de 18 a 24 anos de idade a prática de atividade física é maior (tabela 10) e decai até os 44 anos e parece recuperar terreno a partir dos 55 anos. A inatividade física apresenta fragilidade para quem tem até 34 anos e aumenta com a idade, principalmente a partir dos 55 anos de idade.

Tabela 11 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais indivíduos fisicamente inativos segundo sexo e idade, variação % 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2006 a 2010.

Fisicamente inativos							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var % 2010/2006	Média 2006 a 2010
Masculino	15,6	13,8	15,6	18,3	13	-16,7	15,3
Feminino	13,2	12,2	16,7	8,1	16,4	24,2	13,3
Total	14,3	12,9	16,2	12,8	14,8	3,5	14,2

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var % 2010/2006	Média 2006 a 2010
18 a 24 anos	*	8,7	*	13,7	*		
25 a 34 anos	8,7	9,2	14,6	9,7	*		
35 a 44 anos	11,5	9,8	15,2	8,3	11,3	-1,7	11,2
45 a 54 anos	11,3	11,7	12,4	9,9	10,1	-10,6	11,1
55 a 64 anos	13,6	14,4	17,1	19	21	54,4	17,0
65 anos e mais	41,5	30,9	35,3	22,6	39,8	-4,1	34,0
Total	14,3	12,9	16,2	12,8	14,8	3,5	14,2

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

*Baixa precisão de resultados

⁵ Foi considerado fisicamente inativo o adulto que não praticou qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizou esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho ou escola caminhando ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa (Notas Técnicas – VIGITEL 2010)

Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas⁶ cresce 11,4% entre 2006 e 2010 em função do aumento entre as mulheres. A média masculina ainda é o dobro da feminina, embora as mulheres mostrem crescimento deste consumo no período. Com relação à faixa etária, é nítida a relação: à medida que sobe a idade diminui a proporção de consumo abusivo de álcool. A partir dos 55 anos os dados não permitem análise.

Tabela 12 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva, segundo sexo e idade, variação % 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2006 a 2010.

Consumo abusivo de bebida alcoólica							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
Masculino	25.3	27.2	28.6	18.3	25.3	0	24.9
Feminino	9.5	12.6	13.7	8.1	13.1	37.9	11.4
Total	16.7	19.2	20.5	12.8	18.6	11.4	17.6

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
18 a 24 anos	20	27.6	27.7	27.3	23.3	16.5	25.2
25 a 34 anos	22.4	23	25.9	21.2	23.5	4.9	23.2
35 a 44 anos	19.9	18.3	21.2	26.3	19.6	-1.5	21.1
45 a 54 anos	16.1	19.4	22.3	21.5	17	5.6	19.3
55 a 64 anos	*	15.7	11.3	15.9	14.9		
65 anos e mais	*	*	*	6.6	*		
Total	16.7	19.2	20.5	21	18.6	11.4	19.2

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

*Baixa precisão de resultados

Autoavaliação do estado de saúde como ruim

A tabela 13 evidencia a baixa representatividade da população masculina na amostra. Para uma variável com baixa frequência (5,1%), não existe significância estatística sequer por sexo. Logo, é escassa a proporção de pessoas na autoavaliação do estado de saúde como ruim.

Tabela 13 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que auto avaliaram o estado de saúde como ruim segundo sexo e idade, variação % 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2006 a 2010.

Autoavaliação do estado de saúde como ruim							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
Masculino	6.4	*	*	4.2	*		
Feminino	6.6	7.5	5.8	5.4	4.2	-36.4	5.9
Total	6.5	5.6	4.2	4.8	4.5	-30.8	5.1

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %06/10	Media 06/10
18 a 24 anos	*	*	*	*	*		
25 a 34 anos	*	*	*	*	*		
35 a 44 anos	*	*	*	*	*		
45 a 54 anos	*	*	*	*	*		
55 a 64 anos	*	*	*	*	*		
65 anos e mais	8.5	*	7.2	*	5.8		
Total	6.5	5.6	4.2	4.8	4.5	-30.8	5.1

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

*Baixa precisão dos resultados

⁶ Foi considerado consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

Diagnóstico médico de Hipertensão Arterial

A frequência de Hipertensão arterial variou de 25% em 2006 para 29% em 2010 e na média do período, a proporção mulheres foi 41% superior à masculina. A proporção de hipertensos aumenta claramente com a idade e principalmente a partir dos 45 anos de idade (tabela 14). Assusta saber que a proporção média de hipertensos triplica entre o grupo de 35 a 44 anos e o de 65 anos ou mais.

Tabela 14 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial segundo sexo e idade, variação % 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2006 a 2010.

Diagnóstico médico de Hipertensão Arterial							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
Masculino	21	22.2	23.4	23	23.6	12.4	22.6
Feminino	27.9	31.1	34.6	32.1	33.9	21.5	31.9
Total	24.7	27.1	29.5	28	29.2	18.2	27.7

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
18 a 24 anos	*	*	*	*	*		
25 a 34 anos	10.4	10.4	14.6	11.9	*		
35 a 44 anos	19.3	19.3	23.6	21.1	17.1	-11.4	20.1
45 a 54 anos	42.7	42.7	37.9	36.8	42.2	-1.2	40.5
55 a 64 anos	45.5	45.5	54.3	51.2	54.8	20.4	50.3
65 anos e mais	57.0	57.0	62.6	64.6	60.9	6.8	60.4
Total	27.1	27.1	29.5	28	29.2	7.7	28.2

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

*Baixa precisão dos resultados

Diagnóstico médico de Diabetes

A proporção de pessoas diabéticas cresce (de 6% para 9%) entre 2006 e 2010, mais do que a hipertensão e também incide mais entre as mulheres, em outras palavras a proporção média de mulheres é 57% superior à masculina. A influência da idade na prevalência de diabetes não pode ser avaliada, pois os resultados de 18 a 54 anos não apresentaram consistência, embora seja observado expressivo aumento da proporção de pessoas com diabetes entre as faixas etárias de 55 a 64 e 65 anos ou mais (tabela 15).

Tabela 15 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de diabetes segundo sexo e idade, variação % 2010/2006 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2006 a 2010.

Diagnóstico médico de Diabetes							
Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
Masculino	4.7	4.9	5.1	5.2	5.5	17.0	5.1
Feminino	6.9	6.2	8	7.4	11.3	63.8	8.0
Total	5.9	5.6	6.7	6.4	8.7	47.5	6.7

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	Var %0610	Media 06/10
18 a 24 anos	*	*	*	*	*		
25 a 34 anos	*	*	*	*	*		
35 a 44 anos	*	*	*	*	*		
45 a 54 anos	*	*	*	*	9.1		
55 a 64 anos	15.1	12.1	14.2	12.9	18	19.2	14.5
65 anos e mais	18.2	19	21.2	23.8	22.1	21.4	20.9
Total	5.9	5.6	6.7	6.4	8.7	47.5	6.7

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

*Baixa precisão dos resultados

Diagnóstico médico de Dislipidemia

A frequência de dislipidemia⁷ foi avaliada para o período de 2006 a 2009 e em média atingia 19% da população. Ela praticamente não variou nesses quatro anos (3%). Entre as mulheres este diagnóstico é 31% superior ao masculino. Entre as faixas etárias observou-se aumento da frequência de dislipidemia à medida que aumenta a faixa etária. A diferença entre grupos etários mostra-se dilatada, ou seja, quem tem 65 anos ou mais convive com uma proporção praticamente três vezes superior ao grupo de 35 a 44 anos (tabela 16).

Tabela 16 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de dislipidemia segundo sexo e idade, variação % 2009/2006 e média no período.

Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2006 a 2009.

Diagnóstico médico de Dislipidemia						
Sexo	2006	2007	2008	2009	Var %0609	Media 06/09
Masculino	17.4	13.8	14.9	17.7	1.7	16.0
Feminino	21.3	20.8	19.6	22	3.3	20.9
Total	19.5	17.6	17.5	20.1	3.1	18.7

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	Var %0610	Media 06/10
18 a 24 anos	*	*	*	*		
25 a 34 anos	9.7	8.5	*	9.1		
35 a 44 anos	16.1	11.5	13.1	14.3	-11.2	13.8
45 a 54 anos	22.7	26.3	23.1	24.2	6.6	24.1
55 a 64 anos	40.6	32.7	36.3	39.8	-2.0	37.4
65 anos e mais	38.7	37.5	41.8	39	0.8	39.3
Total	19.5	17.6	17.5	20.1	3.1	18.7

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

*Baixa precisão dos resultados

Plano de saúde ou convênio médico

A disponibilidade de plano de saúde ou convênio médico entre os entrevistados foi avaliada entre 2008 e 2010 e praticamente não variou, estabelecendo-se em 47% dos entrevistados. A média das diferenças entre os sexos são inexpressivas (5%) com discreto predomínio entre as mulheres. Os resultados observados em função da idade mostram flutuações entre as faixas etárias que não permitem indicar claramente um padrão, apesar de observarem-se frequências um pouco mais elevadas acima dos 65 anos de idade (tabela 17).

Tabela 17 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que informaram possuir plano de saúde ou convênio médico segundo sexo e idade, variação % 2010/2008 e média no período.

Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2008 a 2010.

Plano de saúde ou convênio médico					
Sexo	2008	2009	2010	Var %0810	Media 08/10
Masculino	43.5	49.7	43.9	0.9	45.7
Feminino	46.9	51.5	46.2	-1.5	48.2
Total	45.3	50.7	45.2	-0.2	47.1

Faixa etária	2008	2009	2010	Var %0810	Media 08/10
18 a 24 anos	36.9	57.7	29.6	-19.8	41.4
25 a 34 anos	47.2	41.5	48.3	2.3	45.7
35 a 44 anos	43.6	49.2	51.8	18.8	48.2
45 a 54 anos	46.5	49.4	46.3	-0.4	47.4
55 a 64 anos	44.1	51.7	41	-7.0	45.6
65 anos e mais	56.1	60.0	52.1	-7.1	56.1
Total	45.3	50.7	45.2	-0.2	47.1

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

⁷ Altos níveis de gorduras circulando no sangue. Essas gorduras incluem colesterol e triglicérides.

Mamografia

A realização de mamografia foi avaliada para mulheres com idade entre de 50 e 69 anos de idade a partir de duas abordagens – a frequência de realização do exame alguma vez na vida e a realização nos últimos dois anos. Esta variável foi introduzida no inquérito em 2007 e permaneceu até 2010.

Para o conjunto das mulheres entrevistadas a proporção de realização de mamografia partiu de 76% em 2007, atingiu 83% em 2009 e voltou à marca inferior a 80% em 2010 (78%). Apesar da estrutura etária diferenciada, pode-se constatar que este exame guarda uma pequena relação com a idade, pois as médias crescem quando aumenta a idade.

A realização de mamografia nos últimos dois anos alcança uma proporção menor 63% em 2007, 69% em 2009 e fechando 61% em 2010. Em média, os resultados obtidos aqui mostram uma relação inversa à encontrada na parte de cima da tabela, ou seja, no grupo mais novo é maior a proporção das mulheres que fizeram o exame e vice-versa (tabela 18).

Tabela 18 – Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos de idade que realizaram mamografia em algum momento de sua vida e realização nos últimos dois anos segundo idade, variação % 2010/2007 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2007 a 2010.

Mamografia						
Idade	2007	2008	2009	2010	Var %07/10	Media 07/10
50 a 59 anos	76.0	80.0	83.1	77.8	2.9	79.2
60 a 69 anos	74.6	75.7	84.9	74.9	0.4	77.5
Total	78.0	87.1	80.6	82.1	5.3	82.0

Mamografia nos últimos dois anos						
Idade	2007	2008	2009	2010	Var %07/10	Media 07/10
50 a 59 anos	62.7	64.9	69.3	60.9	-2.9	64.5
60 a 69 anos	63.6	63.9	71.9	62.1	-2.4	65.4
Total	61.5	66.6	65.5	59.2	-3.7	63.2

Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

Citologia oncótica para câncer de colo do útero – exame preventivo

A realização do exame de Papanicolau para prevenção de câncer cérvico-uterino foi avaliada entre mulheres de 25 a 69 anos a partir da abordagem desta realização de um modo geral e nos últimos três anos.

A proporção de mulheres que realizaram o exame preventivo alguma vez na vida variou de 84% em 2007 e 2008 para 87% em 2009 e 85% em 2010. Apesar do conjunto de mulheres avaliadas ter sido descrito até os 59 anos, a coleta de dados ocorreu para o grupo acima dos 60 anos. Em média observou-se discreta relação e positiva da variação na realização do exame com aumento da idade (tabela 19).

A realização do exame preventivo de câncer de colo de útero nos últimos três anos foi um pouco menor – variou de 81% em 2007 para 80% em 2008, 78% em 2009 e 2010. Não se observa claramente relação da maior proporção de realização dos exames nas idades mais elevadas (tabela 19).

Tabela 19 – Proporção de mulheres entre 25 e 69 anos de idade que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero em algum momento de sua vida e realização nos últimos três anos segundo idade, variação % 2010/2007 e média no período. Cidade do Rio de Janeiro. VIGITEL – 2007 a 2010.

Exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero						
Idade	2007	2008	2009	2010	Var %0710	Media 07/10
25 a 34 anos	72.4	76.7	84.6	79.2	9.1	78.2
35 a 44 anos	88.5	86.6	85.3	85.4	-3.5	86.5
45 a 54 anos	91.5	88.6	88.1	92.1	0.7	90.1
55 a 69 anos	85.1	89.1	9.6	88.4	3.9	68.1
Total	83.8	84.2	86.6	85.4	1.9	85.0

Exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero nos últimos três anos						
Idade	2007	2008	2009	2010	Var %0710	Media 07/10
25 a 34 anos	71.9	75.1	77.0	74.2	3.2	74.6
35 a 44 anos	83.4	84.6	76.1	78.9	-5.4	80.8
45 a 54 anos	87.8	81.6	80.0	83.6	-4.8	83.3
55a 69 anos	79.9	76.3	80.2	75.7	-5.3	78.0
Total	80.5	79.9	77.8	78.4	-2.6	79.2

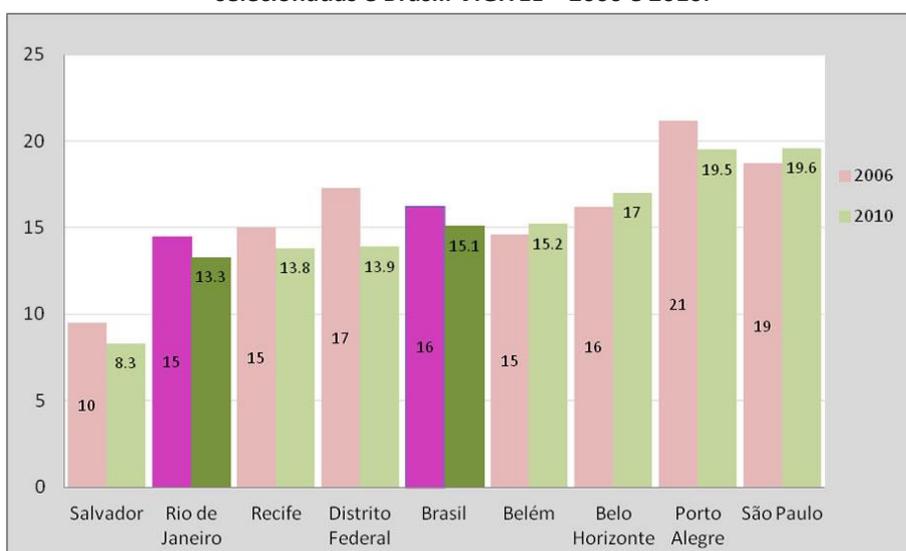
Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

Comparando capitais selecionadas

Para relativizar os resultados da cidade do Rio de Janeiro, observaram-se resultados de alguns indicadores trabalhados pelo VIGITEL para algumas capitais estaduais e para o total do país. As cidades selecionadas foram: Belém, Belo Horizonte, Porto Alegre, Salvador, São Paulo e Distrito Federal. Essa seleção seguiu em parte o parâmetro do porte populacional e a representação de capitais de todas as regiões do Brasil. Foram enfocados os resultados para os anos de 2006 e 2010. Além disso, os resultados estão ordenados em ordem crescente, tendo como referência o ano de 2010. Para dar destaque, aumentamos os tons para a média (Brasil) e a cidade do Rio de Janeiro.

A cidade do Rio de Janeiro apresentou junto com Salvador as menores frequências de tabagismo, ficando abaixo da média nacional e decréscimo desta entre 2006 e 2010. Porto Alegre e São Paulo se destacam pela frequência acima da média (gráfico 4), vale acrescentar que esta última, além de Belém e Belo Horizonte viram aumentar a proporção de fumantes entre 2006 e 2010. O Distrito Federal se destacou como a cidade com maior queda de fumantes (-20%).

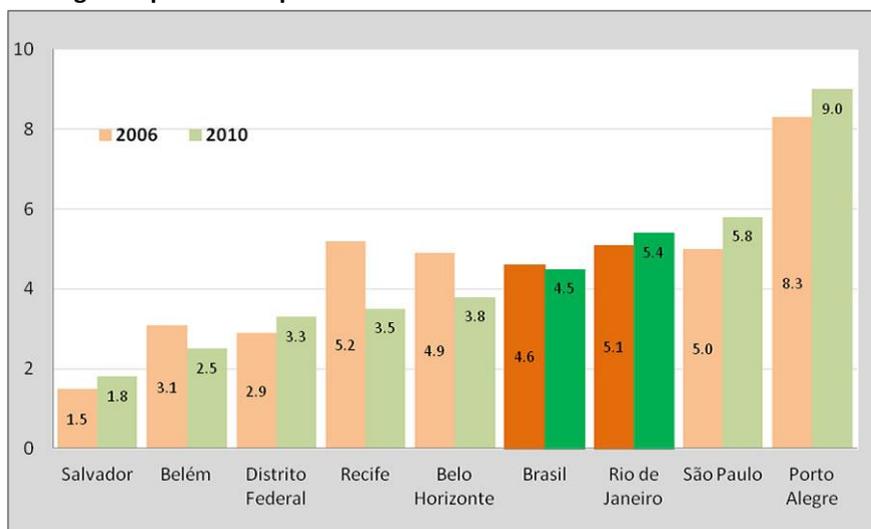
Gráfico 4 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais fumantes – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A proporção de pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia situa o Rio de Janeiro acima da média (Brasil) e somente abaixo de Porto Alegre e São Paulo (gráfico 5) e com manutenção dos índices entre 2006 e 2010. Em cidades como Belém, Recife e Belo Horizonte cai a frequência de fumantes de mais de 20 cigarros por dia.

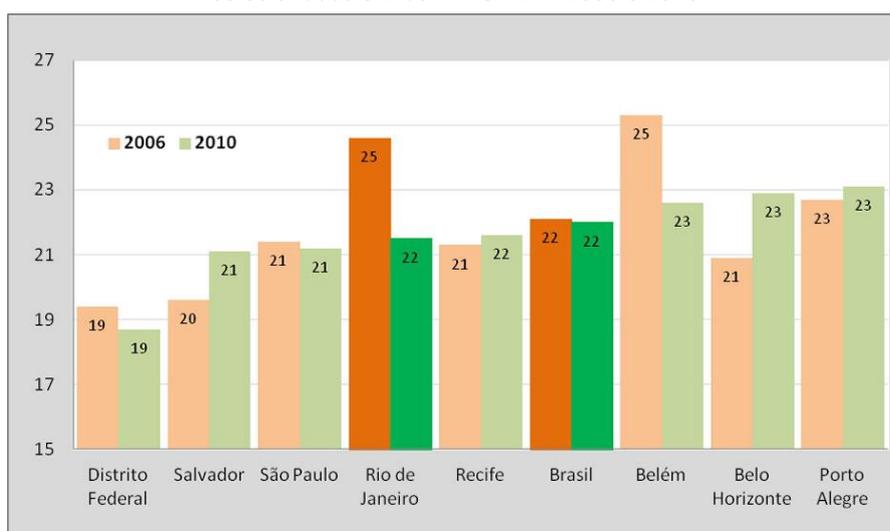
Gráfico 5 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que fumam 20 ou mais cigarros por dia – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A proporção de ex-fumantes na cidade do Rio de Janeiro é das mais relevantes entre as capitais enfocadas e em relação à média brasileira, mas decai entre 2006 e 2010. Esse mesmo perfil é observado em Belém (gráfico 6). Nas demais capitais ocorrem discretos aumentos, a média nacional ficou praticamente inalterada entre 2006 e 2010. Belo Horizonte e Porto Alegre são as cidades que convivem com a maior proporção de ex-fumantes em 2010. Vale reforçar aqui a metodologia empregada, que tem sempre como denominador o total da população, ou seja, reduzir a proporção de ex-fumantes pode estar relacionado ao aumento da população ou o inverso.

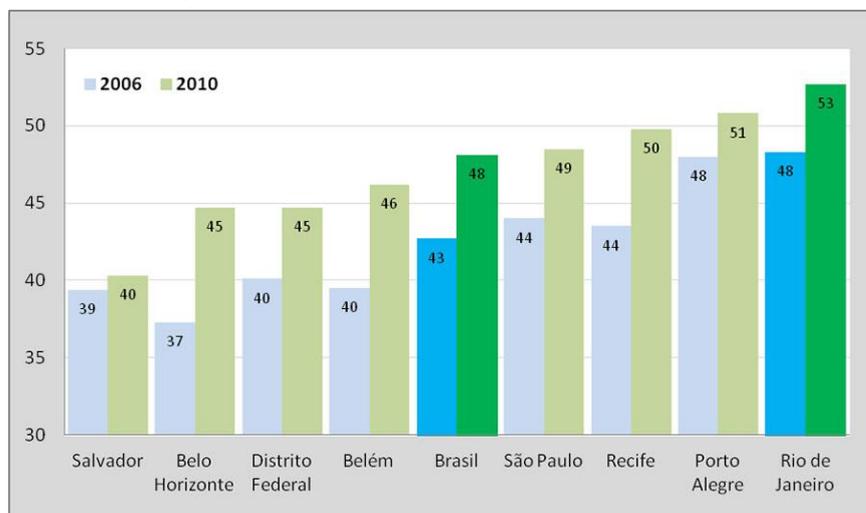
Gráfico 6 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais ex-fumantes – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

O excesso de peso cresce nacionalmente, mas em algumas capitais esse comportamento foi mais acirrado – Belém, Belo Horizonte e Recife. As cidades do Rio de Janeiro (53%) e Porto Alegre (51%) apresentaram as menores variações, em compensação é lá que encontramos as maiores prevalências (gráfico7).

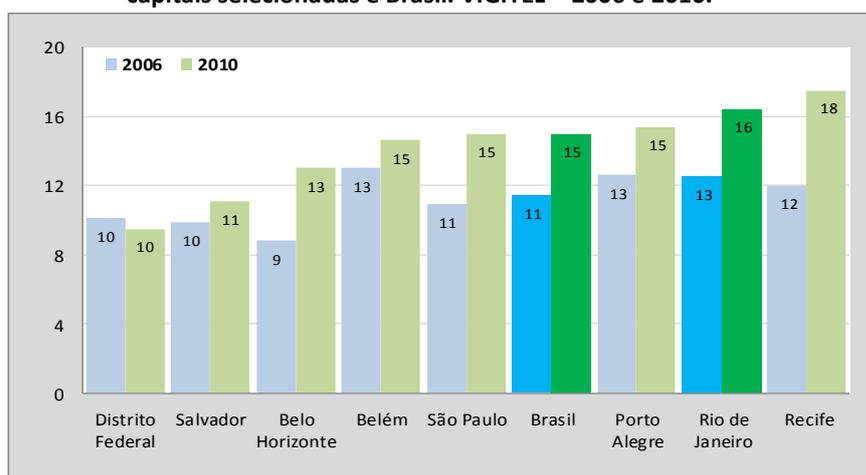
Gráfico 7 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais com excesso de peso – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A frequência de pessoas obesas cresceu 30% nacionalmente e entre as capitais selecionadas Belo Horizonte, Recife e São Paulo são as que mais expandem a proporção de pessoas obesas (gráfico 8). Mas assim como no excesso de peso, a cidade do Rio apresentou a 2ª maior proporção de obesidade.

Gráfico 8 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais obesas – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.

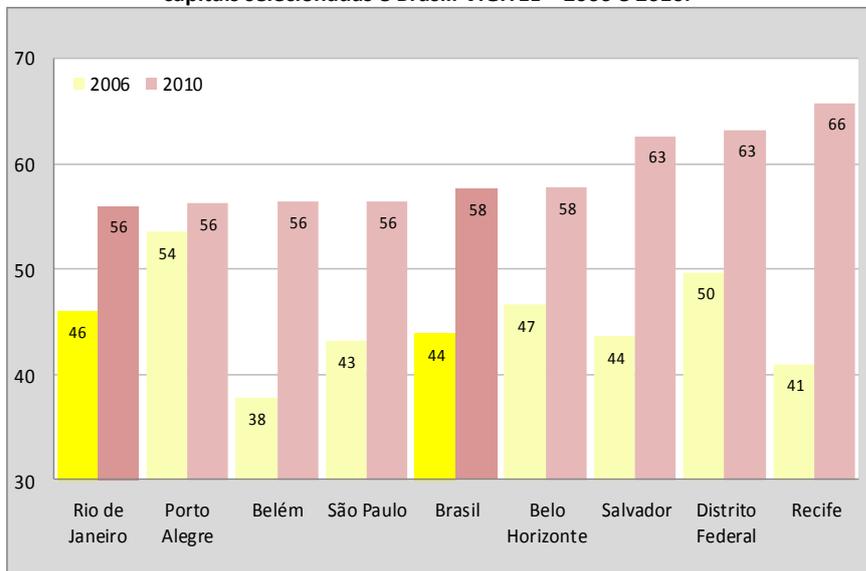


Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

O padrão de consumo de frutas e sucos de frutas cinco ou mais dias por semana cresce em todas as capitais selecionadas e com mais velocidade no Recife, em Salvador e no Distrito Federal, cidades que já exibiam resultados acima da média nacional.

Cidades como Recife, Belém e Salvador foram destaque no consumo de frutas. O Rio de Janeiro, mesmo aumentando seu consumo, apresentou o pior desempenho entre as capitais selecionadas (gráfico 9).

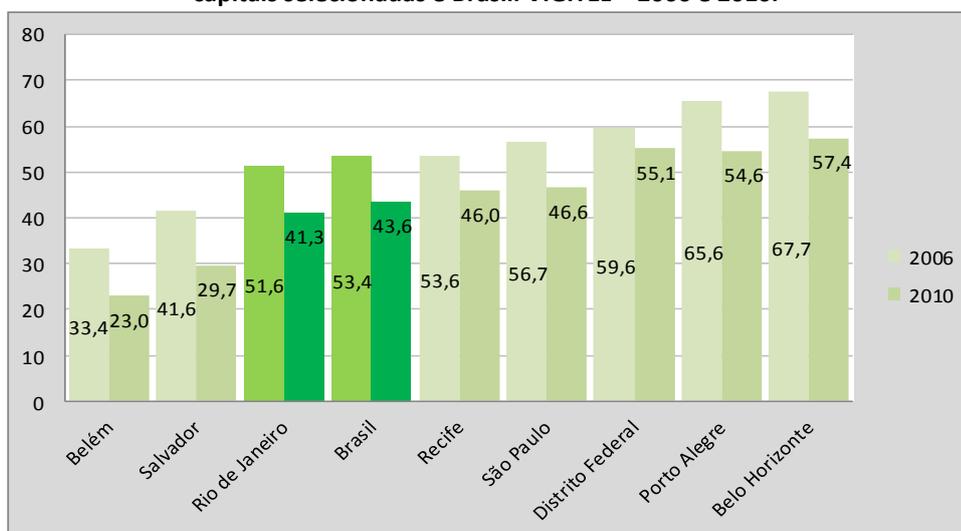
Gráfico 9 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que consomem frutas ou sucos de frutas cinco ou mais dias por semana – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

O consumo de hortaliças decaiu nacionalmente cerca de 20% e mais entre os entrevistados das cidades de Belém e Salvador, que já conviviam com os piores resultados. O Distrito Federal apresenta a menor queda do consumo deste tipo de alimento (gráfico 10). No Rio de Janeiro o consumo de hortaliças está abaixo.

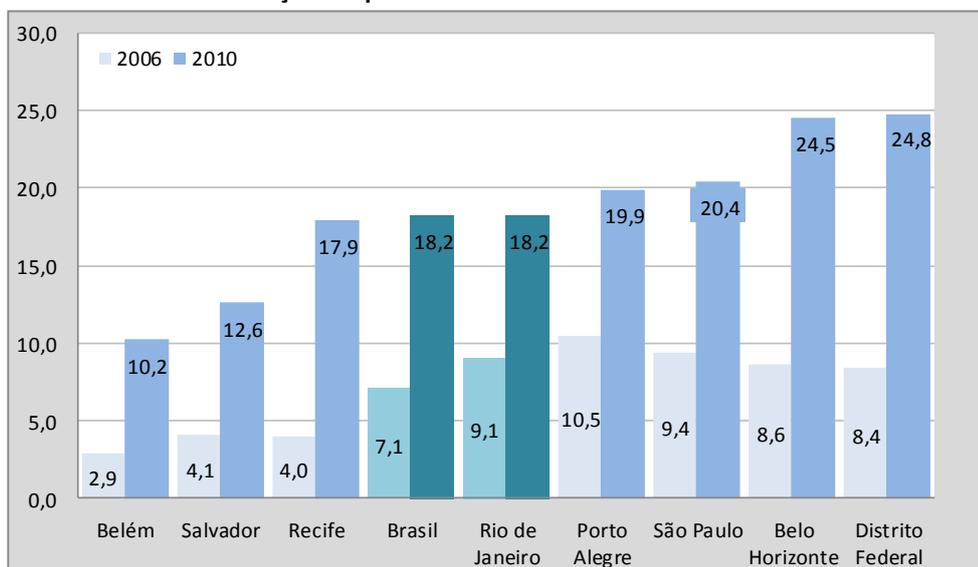
Gráfico 10 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que consomem hortaliças (cruas ou cozidas) cinco ou mais dias por semana – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

O consumo recomendado de frutas e hortaliças cresce indistintamente em todo país, sendo as maiores variações em Belém, Recife e Salvador, cidades que se encontram abaixo da média nacional, entre as capitais observadas. No Rio de Janeiro o consumo cresceu abaixo da média nacional entre 2006 e 2010 igualando a média carioca a nacional (gráfico 11).

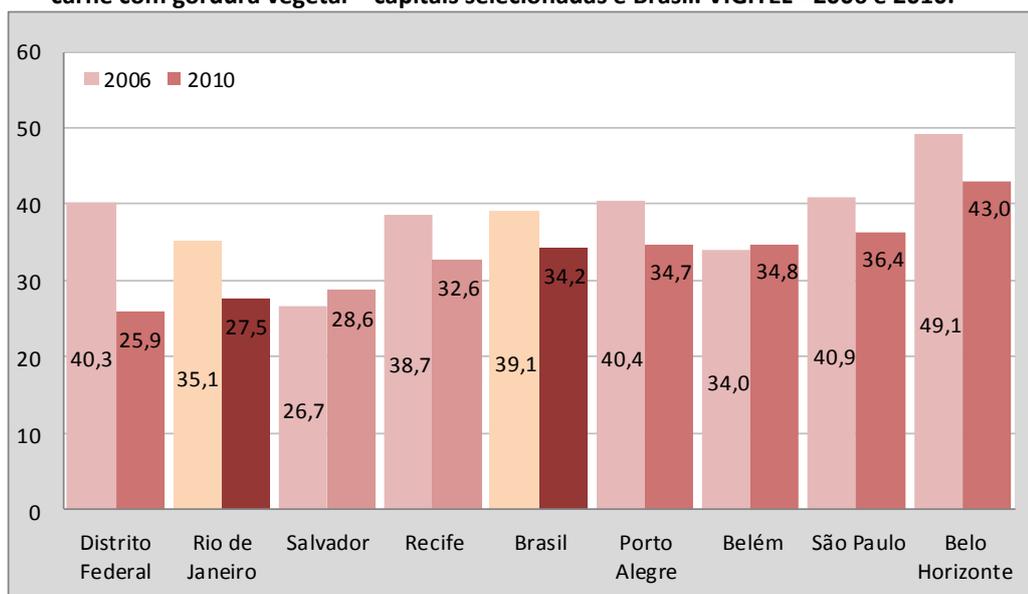
Gráfico 11 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais com consumo recomendado De frutas e de hortaliças – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A carne com gordura visível passa a ser menos consumida nacionalmente. Decresce no país, mas entre as capitais selecionadas cresce em Salvador (7%) e discretamente em Belém (2%). O Rio de Janeiro e o Distrito Federal apresentaram as menores proporções de consumo (gráfico 12).

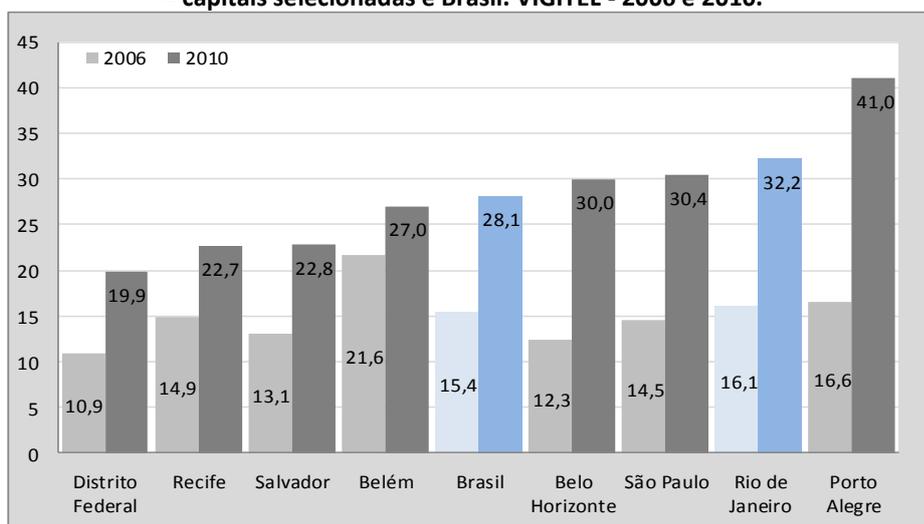
Gráfico 12 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que costumam consumir carne com gordura vegetal – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL - 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

O hábito de ingerir refrigerantes não diet cresce francamente no país – 80% - entre 2006 e 2010, passando a média de consumo nacional de 15% para 28%. Entre as capitais Belém foi a que menos cresceu (25%), mas já apresentava em 2006 o nível mais alto de consumo e Porto Alegre (147%) e Belo Horizonte (144%) apresentaram a maior expansão deste tipo de consumo (gráfico 13). O Rio de Janeiro dobrou o consumo no período estudado e desponta como o 2º maior consumidor de refrigerante e sucos artificiais.

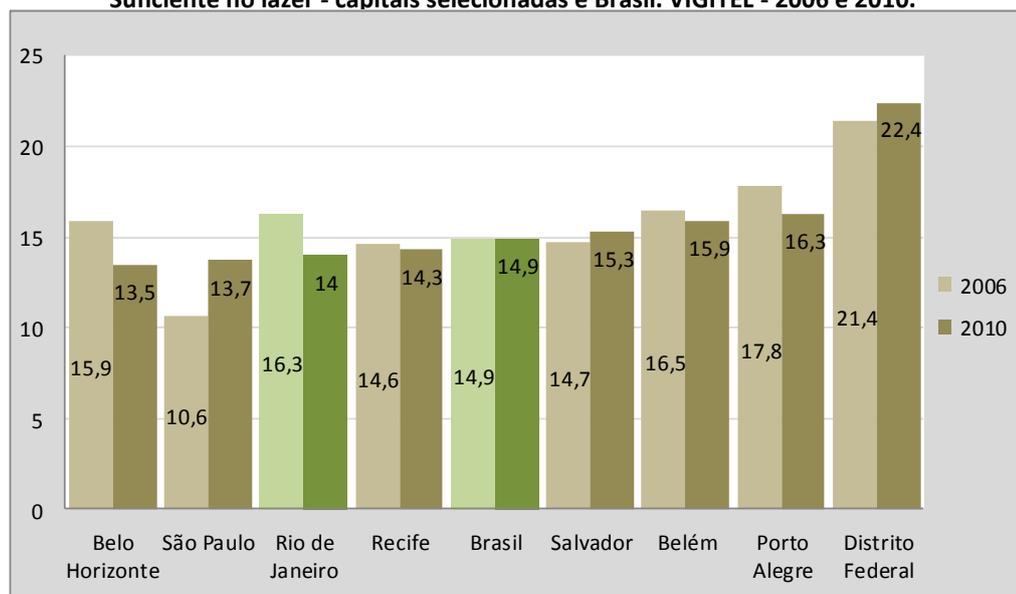
Gráfico 13 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que consomem refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias por semana – capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL - 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A prática de atividade física suficiente no lazer se estabiliza no período observado no país sendo referida por 15% dos entrevistados. Enquanto em Belém, Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte e no Rio de Janeiro ela decresce discretamente no período. Em Salvador (4%), no Distrito Federal (5%) e em São Paulo (29%) ela aumenta (gráfico 14).

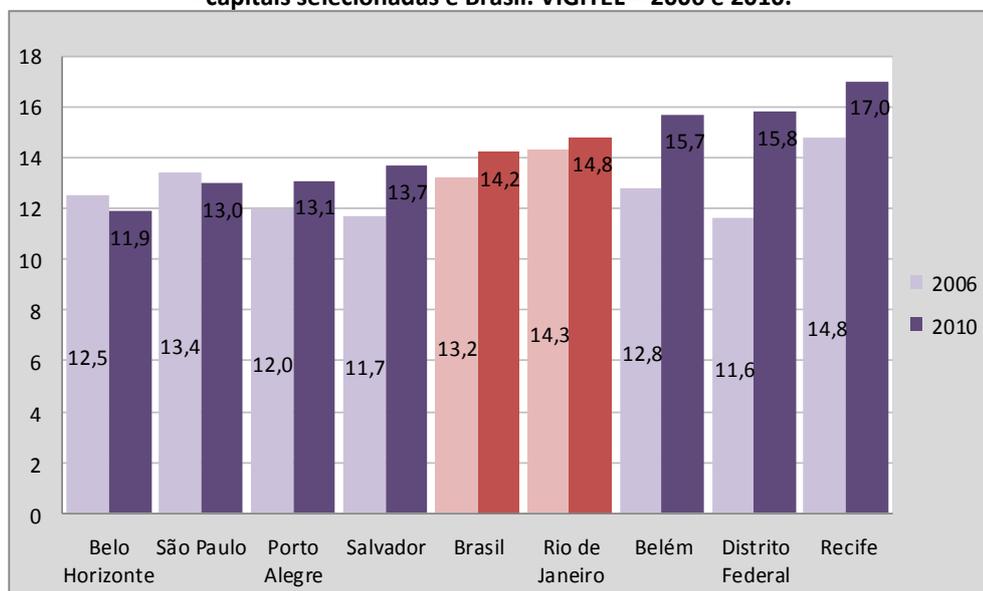
Gráfico 14 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que praticam atividade física suficiente no lazer - capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL - 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A inatividade física cresce 8% em média entre 2006 e 2010. Esse crescimento foi maior no Distrito Federal (36%), em Belém (23%), em Salvador (17%) e no Recife (15%) (gráfico 15). No Rio de Janeiro o crescimento foi muito discreto 3% que ficou vizinho à média nacional. Em Belo Horizonte (-5%) e São Paulo (-3%) se observa discreta diminuição do sedentarismo.

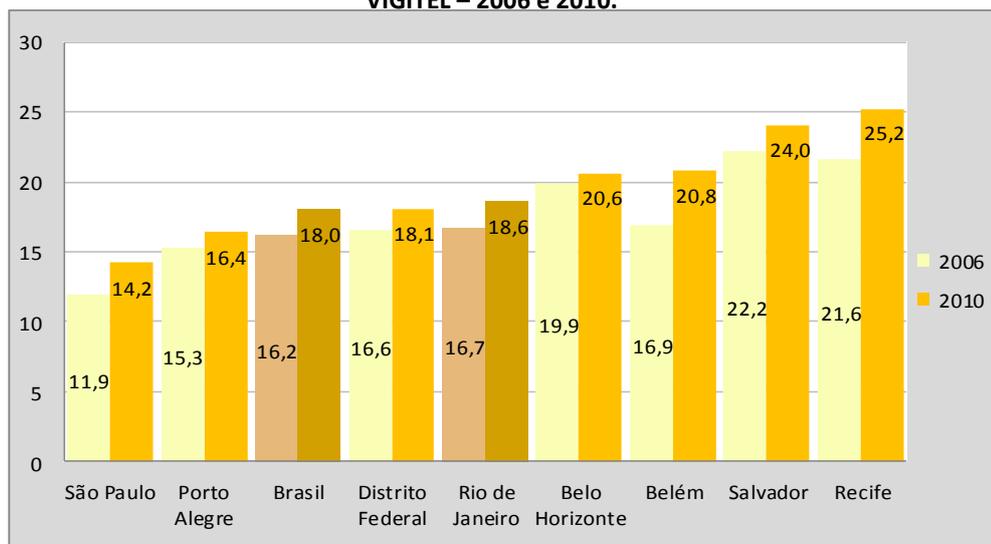
Gráfico 15 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais fisicamente inativas - capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

O consumo abusivo de álcool cresceu no país (11%), coincidentemente a mesma variação da cidade do Rio de Janeiro entre 2006 e 2010. As cidades com maior crescimento do uso abusivo de álcool foram: Belém (23%), São Paulo (19%) e Recife (17%). As maiores frequências desse hábito na população avaliada estão no Recife e Salvador (gráfico 16).

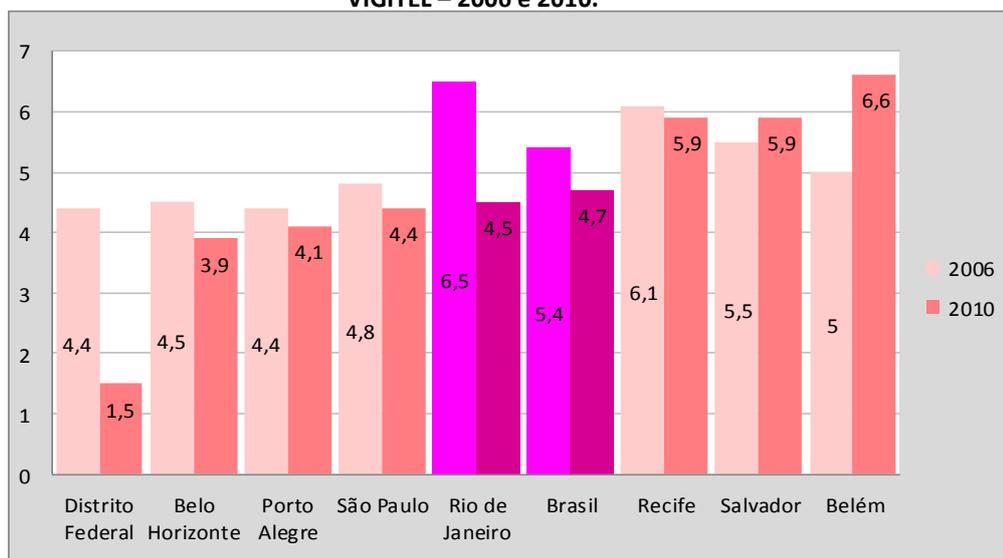
Gráfico 16 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que referiram dirigir após consumo abusivo de bebida alcoólica - capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A proporção de pessoas que autoavaliaram seu estado de saúde como ruim caiu 13% em média saindo de 5,4% em 2006 para 4,7% em 2010. Apenas duas capitais viram crescer sua proporção de pessoas com autoavaliação ruim, Belém (32%) e Salvador (7%). No Rio de Janeiro observou-se o 2º maior decréscimo desta característica de 7 para 5% (gráfico 17). O Distrito Federal foi a melhor desempenho, queda de 66%. Nas demais capitais houve decréscimo da autoavaliação ruim.

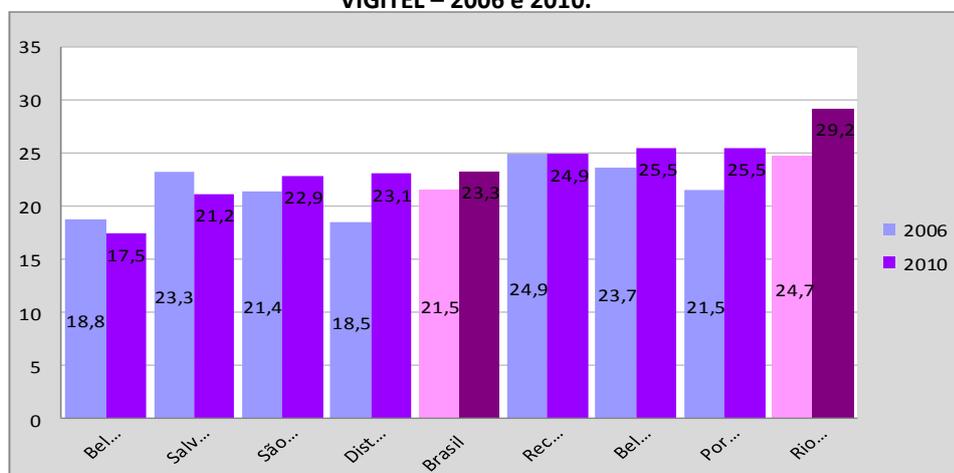
Gráfico 17 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que auto avaliaram o estado de saúde como ruim - capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A proporção de indivíduos com referência de diagnóstico médico de Hipertensão Arterial cresceu pouco, nacionalmente (8%), se mantendo entre 2006 e 2010 na faixa de 22 a 23%. O Rio de Janeiro é a capital com maior percentual de pessoas que referiram Hipertensão Arterial e junto com o Distrito Federal (25%), Porto Alegre (19%) apresentaram maior crescimento. Apenas duas capitais indicaram retração na frequência de Hipertensão Arterial – Belém (-7%) e Salvador (-9%) (gráfico 18). A estrutura etária mais envelhecida tanto do Rio de Janeiro, como de Porto Alegre pode explicar pelo menos em parte seus índices mais altos.

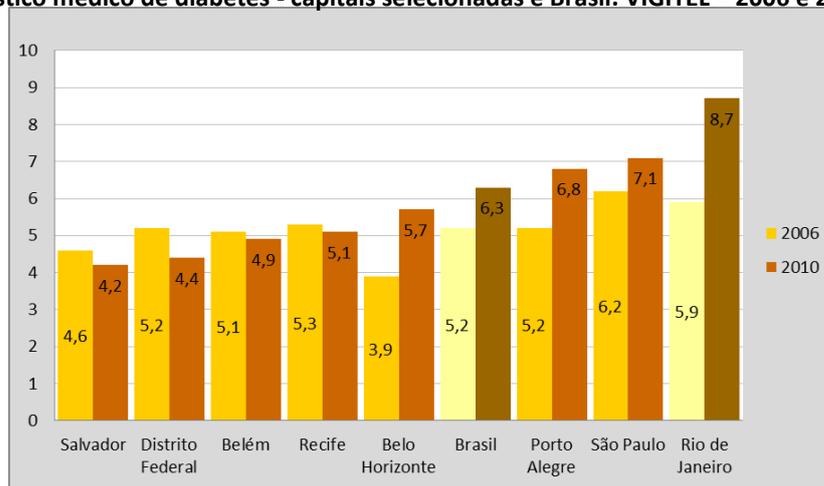
Gráfico 18 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial - capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A frequência de Diabetes aumentou 21% no país, saindo de 5 para 6% (gráfico 19). O Rio de Janeiro (9%) apresentou a maior frequência de referência de diagnóstico médico de Diabetes e também o maior crescimento no período (48%). As cidades de São Paulo (7,1%) e Porto Alegre (6,8%) despontam como o 2ª e 3ª maior frequência de Diabetes. O Distrito Federal se destaca por apresentar maior queda (15%). Já Belo Horizonte foi destaque negativo, com um aumento de 46% na proporção de diabéticos.

Gráfico 19 – Proporção de pessoas de 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de diabetes - capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2006 e 2010.

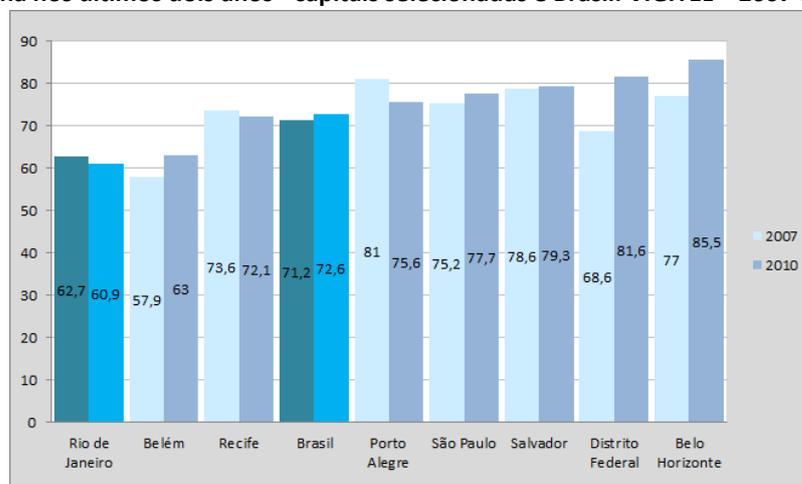


Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A realização de mamografia e exame preventivo para colo de útero foi avaliada para os anos de 2007 e 2010, em virtude de terem sido introduzidas no VIGITEL posteriormente. Também se enfocou a realização da mamografia nos últimos dois anos e do exame de Papanicolau – preventivo para câncer de colo de útero – nos últimos três anos.

A realização de mamografia entre mulheres de 50 e 69 anos, nos últimos dois anos cresceu em média 2% no país. Entre as capitais observadas Distrito Federal (19%) e Belo Horizonte (11%) são os destaques tanto em crescimento como em proporção de mulheres atendidas (gráfico 20). O Rio de Janeiro convive com retração no período (-3%) e a menor proporção de efetivação deste procedimento.

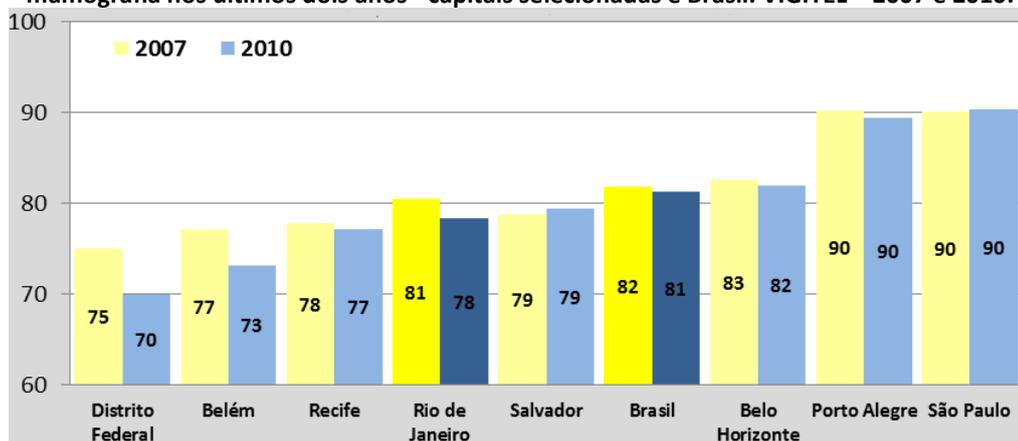
Gráfico 20 – Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos de idade que realizaram mamografia nos últimos dois anos - capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2007 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

A realização de exame de citologia oncológica para câncer de colo de útero (Papanicolau) nos últimos quatro anos, entre mulheres com idades de 25 a 59 anos, ficou em média praticamente estagnada entre 81 e 82%. São Paulo e Porto Alegre ultrapassam a média nacional situando-se em 90% (gráfico 21) enquanto Belo Horizonte ficou praticamente na média. As demais capitais selecionadas ficaram abaixo da média nacional, mas não muito afastadas. O Rio de Janeiro além de se manter abaixo da média, ainda vivenciou uma discreta queda na proporção de mulheres que fizeram este exame.

Gráfico 21 – Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos de idade que realizaram mamografia nos últimos dois anos - capitais selecionadas e Brasil. VIGITEL – 2007 e 2010.



Fonte: VIGITEL/DATASUS/MS

Discussão

Tabagismo, sedentarismo, excesso de peso e obesidade são fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Com uma tendência objetiva de envelhecimento populacional, a preocupação com o crescimento deste grupo de causas de morbimortalidade e de incapacidades deve propor medidas para que esta transição evolua da forma mais saudável possível, garantindo a autonomia e a independência das pessoas e por consequência diminuiria a carga sobre os sistemas de saúde e previdenciário, mantendo-as ativas por mais tempo.

O conhecimento científico registra a associação destes diversos fatores com a frequência das DCNT. Retardar ao máximo a instalação desses agravos e as incapacidades que delas decorrem passa a ser um mantra do que se pode pretender com o desenvolvimento das políticas de promoção da saúde.

É bastante difundida a associação do hábito de fumar com a incidência de muitos tipos de câncer, em especial o câncer de pulmão. As doenças cardiovasculares também estão forte e negativamente influenciadas pelo hábito de fumar, assim como o diabetes, este último também pelas repercussões vasculares da sua evolução.

Observamos no pequeno período observado a diminuição da frequência de tabagismo na cidade do Rio de Janeiro, possivelmente em função da diminuição da adesão dos homens ao hábito de fumar.

A indústria do tabaco redireciona periodicamente seus investimentos a grupos específicos a fim de manter-se viva e gradativamente reampliar seu alcance e influência econômica.

“O Brasil é o segundo maior produtor e o maior exportador mundial de fumo. Em 2008, vendeu 686 mil toneladas para cerca de 100 países ao preço de US\$ 2,7 bilhões, segundo o SindiTabaco - Sindicato da Indústria do Fumo.” (Acessado em <http://noticias.r7.com/economia/noticias/industria-do-tabaco-ainda-cresce-no-brasil-20100103.html>)

Os segmentos mais visados pela indústria do cigarro têm sido justamente as mulheres e os jovens, parcelas em que o hábito de fumar tem mais potencial de crescer e entre os jovens em especial, se manter por muitos anos. Como consequência deste investimento observa-se o aumento do tabagismo entre adolescentes do sexo feminino (*acessado em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>*).

Na cidade do Rio de Janeiro observou-se aumento do tabagismo mais pesado (consumo de mais de 20 cigarros por dia) entre as mulheres. O desenvolvimento das ações de promoção da saúde deve ter atenção especial com as mulheres para que se encontrem formas de comunicação e informação eficientes sobre os prejuízos que o hábito de fumar poderá trazer para sua qualidade de vida. Os resultados segundo a distribuição etária não permitem avaliar os segmentos mais jovens em virtude da pequena representatividade destas faixas etárias e dos resultados serem insuficientes para determinar estimativas aceitáveis⁸.

O excesso de peso e a obesidade são fatores associados ao desenvolvimento e agravamento de inúmeras doenças físicas e psíquicas. Características genéticas, mas de forma mais predominante fatores sociais e culturais estão em geral associadas à frequência do sobrepeso e da obesidade. O Diabetes, a Hipertensão Arterial, as Doenças Isquêmicas do Coração, as Dislipidemias, a Depressão, as Doenças Osteoarticulares são exemplos de problemas que podem ter sua origem e evolução determinada pelo excesso de peso e pela obesidade.

O excesso de peso esteve presente em quase metade dos entrevistados e cresceu 10%, mais entre as mulheres do que entre os homens, apesar destes últimos apresentarem maiores proporções de sobrepeso. Resultados semelhantes já eram identificados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2008/2009. O excesso de peso varia com a idade sendo maior entre os mais velhos. A POF 2008/2009 relaciona para o Brasil a relação com os níveis de renda onde as maiores prevalências de excesso de peso acompanham o aumento da renda. Outros trabalhos indicam que em países em desenvolvimento como o Brasil o excesso de peso e a obesidade são mais prevalentes entre os mais pobres (Monteiro et AL, 2007).

A frequência de obesidade foi em média de 15% e foi maior e cresceu mais entre as mulheres. A distribuição das pessoas obesas segundo a idade indica haver um gradiente: aumento da proporção de obesos conforme aumenta a idade. Aspectos fisiológicos relacionados ao envelhecimento – hormonais e metabólicos – justificam em grande parte esse perfil (Marques et AL, 2007).

Até agora as mulheres cariocas estão fumando mais e com maiores prevalências de obesidade – condições de risco direto para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Cerca de metade dos entrevistados referiu consumo de frutas ou sucos e se indica crescimento do consumo deste tipo de alimento de um modo geral, principalmente entre os homens, apesar da maior proporção ainda permanecer entre as mulheres.

O mesmo crescimento não ocorreu para o consumo de hortaliças, também mais predominante na dieta feminina, mas que se reduziu no período analisado.

⁸ Ver Notas Técnicas DATASUS/MS

Quando se analisa o consumo recomendado destes tipos de alimentos – frutas e hortaliças - a proporção de pessoas que segue a recomendação (cinco porções ao dia cinco ou mais dias da semana) é bem menor, porém, mais frequente entre as mulheres, mesmo tendo os homens ampliado o seu consumo.

A avaliação do consumo de frutas e sucos segundo a idade mostrou a predominância entre os mais velhos, mas a ampliação do uso deste tipo de alimento foi maior entre os mais jovens – abaixo dos 34 anos de idade. Já a diminuição do consumo de hortaliças não mostra nenhum padrão em relação à idade.

O consumo de carnes com gordura visível diminui, em geral, no período, principalmente entre as mulheres, mas se mantém maior entre os homens. Esse consumo decai conforme aumenta a idade, possivelmente é reflexo das medidas nutricionais prescritas para controle de processos de doenças que já se instalaram com o avançar da idade. O predomínio do consumo de carne com gordura visível entre os homens pode ser influenciado por aspectos culturais associados à ideia de “alimentos fortes” para dar sustentação ao corpo para realização do trabalho (Pedraza, 2004).

O consumo de leite com teor integral de gorduras foi observado em pouco mais da metade da população entrevistada e foi maior entre os homens. Entre 2006 e 2010 o crescimento do consumo é pequeno, porém maior para homens. Os mais jovens consumiam mais e vai decrescendo este hábito conforme avança a idade e principalmente a partir dos 45 anos de idade. Esse decréscimo de consumo pode estar relacionado ao uso de leite semidesnatado e desnatado nas idades acima dos 40/45 anos para controle de dislipidemias e doenças cardiovasculares. A diminuição do aporte nutricional de gorduras é uma prescrição frequente, seja nas situações em que já se encontra um distúrbio metabólico associado às gorduras (dislipidemias) de um modo geral, seja como fator de risco para as doenças cardiovasculares em geral.

Um quarto dos entrevistados cariocas referiu consumo de refrigerantes cinco ou mais dias da semana. Entre os homens essa proporção é um pouco maior e equivale a um terço, já entre as mulheres se estabelece na média da cidade. A ampliação do consumo de refrigerantes é expressiva, dobrando no período e foi ainda maior entre as mulheres. Esse consumo decai com a idade – em média duas vezes maior abaixo dos 24 anos do que acima dos 45 anos.

As mulheres apresentaram, em geral, melhor participação de alimentos saudáveis na sua dieta, mas os homens parecem avançar na melhoria dos seus hábitos. Entretanto, os dois ainda estão longe de padrões mais equilibrados de alimentação. Chama-se a atenção de que as mulheres não recuem ou se paralisem na ampliação de atitudes que promovam a sua saúde. O aumento do tabagismo mais pesado, a obesidade, o elevado uso do refrigerante devem servir de sinais de alerta para a população feminina que piora seus hábitos e estes poderão determinar a instalação e ampliação de doenças crônicas degenerativas.

A baixa frequência da prática de atividade física regular para o total dos entrevistados e principalmente entre as mulheres indica que este hábito, segundo os padrões recomendados, ainda deverá ser muito trabalhado junto à população, para que se modifique a médio e longo prazos. Quando se observa a distribuição segundo idade, os mais jovens apresentam proporções mais elevadas, porém acima dos 55 anos se retoma a importância deste tipo de atividade.

De outro lado, a frequência de inatividade física⁹ - em média 14% no período – reflete que entre o recomendado e o praticado uma importante parcela da população ainda executa alguma atividade física. A proporção de inatividade física variou muito entre os anos analisados, mas se indica que diminui entre os homens e aumenta entre as mulheres. E segundo idade ocorre o incremento até certo ponto esperado, com o envelhecimento, em virtude do declínio das capacidades funcionais referidas principalmente ao sistema osteomuscular. Por outro lado, a frequência mais elevada nas idades mais avançadas pode refletir também a ausência de investimentos precoces para promover e preservar a condição física com o envelhecimento.

Novamente, as informações sobre atividade física compõem com os hábitos alimentares indicando que o apelo para o desenvolvimento de hábitos saudáveis começa a repercutir entre os homens, mesmo porque as mulheres já partiram de uma condição relativamente melhor, ao menos no que se refere à dieta. Contudo, as mudanças na atuação das mulheres na sociedade, ampliando sua participação no mercado de trabalho, dividindo ou assumindo a responsabilidade financeira na família, podem deslocar o perfil feminino em uma direção em que a preocupação com a saúde passa a ser negligenciada em função do desempenho social e econômico.

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi relatado, em média, por 20% dos entrevistados e foi mais frequente entre os homens. Chama atenção o aumento desse consumo, de um modo geral e em particular entre as mulheres e nos mais jovens. Novamente, a mulher passa a assumir comportamentos até certo ponto mais característicos do sexo masculino.

“De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade e a limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo1.” (<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/consumoalcool.pdf>)

A auto avaliação do estado de saúde como ruim pode ser utilizada como um preditor de maior risco para mortalidade (Freitas et al, 2010). A presença de doenças e comorbidades, que se associam com o avançar da idade, resulta, em geral, em piores avaliações da própria situação de saúde. Em média 5% dos entrevistados autoavaliaram seu estado de saúde como ruim, mas entre 2006 e 2010 indica-se melhora deste indicador com redução de 6,5% para 4,5%. Isso ocorreu claramente entre as mulheres e de forma menos nítida entre os homens pela ausência de informações para alguns anos. Dados da Pesquisa Mundial da Saúde de 2003 revelaram essa avaliação para 9% dos brasileiros.

A prevalência de hipertensão no conjunto dos entrevistados foi em média de 28%. Muito mais entre as mulheres do que entre os homens e um gradiente conforme ocorre o aumento da idade, chegando a 60% em idades acima dos 65 anos. A prevalência encontrada em outros estudos ficou ao redor de 20%, variando de 5 a 50% conforme aumentava a idade (Costa e cols., 2007; Zaitune et al, 2006). Uma prevalência de hipertensão próxima dos 30% para o Rio de Janeiro pode ser reflexo da estrutura etária mais envelhecida.

A prevalência de Diabetes foi em média 7%, maior entre as mulheres, não tendo sido possível a avaliação por idade em função da fragilidade dos resultados. De acordo com resultados nacionais as prevalências de diabetes tipo 2 na população em geral oscilaram entre 7 e 8%, (Sartorelli, D S; Franco L J, 2003). De 2006 para 2010 esta frequência aumentou quase 50%. Infelizmente a impossibilidade da análise segundo a idade não possibilita confirmação da influência da idade na determinação desta prevalência, entretanto, para as idades acima de 65 anos as prevalências atingem 20%.

⁹ Foi considerado fisicamente inativo o adulto que não praticou qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizou esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho ou escola caminhando ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa.

Tanto Diabetes como Hipertensão Arterial se destacam mais entre as mulheres, perfil já identificado em outros estudos (Goldenberg, P. et al, 2003). Duas questões podem influenciar este perfil: o envelhecimento populacional e a maior sobrevivência das mulheres de um lado e de outro a maior busca delas por cuidados de saúde, identificando mais precocemente os problemas de saúde. Dessa forma não se identifica a “real” prevalência nos homens, porque na verdade, eles desconhecem sintomas de doença.

Não se observa a mesma força de redução do tabagismo entre as mulheres que já faziam menos exercícios físicos do que os homens e apresentavam mais obesidade e por isso mesmo, a mortalidade por doenças cardiovasculares se amplia entre elas, principalmente devido às doenças cerebrovasculares (derrames).

A sobremortalidade masculina pelas doenças do coração e pelo diabetes já não está tão distante das mulheres. As estratégias a serem desenvolvidas para resgatar os homens para o cuidado com a sua saúde deve atentar também para o espaço que pode estar sendo perdido entre as mulheres.

A realização de mamografia pelas mulheres com idades entre 50 e 69 anos nos últimos dois anos avança lentamente na cidade. Em 2009 se atinge um ápice de 69% que volta ao patamar de 60% em 2010. Segundo os dados de 2011, esta proporção avança para 67%. De toda forma, os níveis estão abaixo da média nacional de 73% e de outras capitais como Vitória, Salvador, Florianópolis e Porto Alegre onde superam 80%.

Os exames de citologia oncótica para câncer de colo do útero (Papanicolau) realizados nos últimos três anos por mulheres com idade entre 25 e 59 anos na cidade do Rio de Janeiro se situou em 78%. Para este indicador a cidade não está tão distante da média nacional, 81% em 2011.

Estes dois últimos indicadores são expressões de cobertura da população pelo sistema de saúde nas ações mais básicas para prevenção de dois tipos de cânceres responsáveis por grande número de mortes no sexo feminino. Deve-se considerar que grande parte desta clientela está vinculada ao sistema público de saúde, portanto depende da disponibilidade dos recursos necessários para realização dos procedimentos relacionados ao desenvolvimento dessas ações.

Obviamente, os resultados desejados para estes indicadores visam atingir 100% das mulheres nas faixas etárias enfocadas. Neste sentido a expansão da atenção básica e a organização da rede de atenção à saúde, com o fortalecimento da rede de serviços de apoio diagnóstico são os investimentos estratégicos. A qualidade na realização dos exames de imagem é uma preocupação crescente e compromete as medidas de prevenção. Essa estruturação deve ser acompanhada por medidas que enfoquem a qualidade dos exames realizados e organizem a linha de cuidado, a entrada e o fluxo dos pacientes pela rede de atenção.

A regulação, os mecanismos de controle e avaliação e de “vigilância do cuidado” precisam ser aplicados sistematicamente com sistemas de informações associados que explicitem as falhas, para que correções possam ser implantadas oportunamente. Por isso, assim que uma mulher com idades de 25 a 69 anos entrasse no sistema ou fosse identificada no cadastramento das famílias através do Programa de Saúde da Família (PSF) as informações necessárias para que ela conheça e compreenda a finalidade dos procedimentos, o seu agendamento, a sua busca ativa no caso de falta a um exame agendado, seriam a garantia de uma atenção de qualidade adequada.

Considerações finais

As diferentes possibilidades de consumo - de alimentos e práticas – são determinadas por condições sociais, econômicas e culturais. Nesta balança de determinantes ter disponibilidade de tempo e dinheiro para cozinhar sua própria comida, pagar uma academia, ter tempo de frequentá-la, ter acesso a produtos de qualidade, mas baratos se torna em uma equação quase impossível.

O mundo de hoje vive da rapidez das relações, do atendimento das necessidades em formato “fast-food”. O mercado de trabalho, os valores sociais e culturais, os estilos de vida, reforçam a competição, a agonia do consumo e a percepção do bem estar a partir do que se tem, e não do que se é.

Promover a saúde poderia corresponder a uma utópica intenção de promoção da “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (grifo dos autores), segundo a definição de saúde da OMS. Mas trabalhamos com os limites da realidade, em que se promove a saúde a partir da doença e dos elementos mensuráveis que estão fora dos indivíduos, ou a partir daqueles que se pode extrair deles e quantificar – glicemia, colesterol, medidas antropométricas etc.

Todos esses indicadores são estratégicos para identificar e dimensionar os problemas existentes relacionados ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis. A partir deles se expõem para a sociedade as contradições dos estilos de vida “vendidos” como modernos, vantajosos, representativos de um status social, e o impacto desses hábitos, costumes e produtos sobre o corpo, sobre o orgânico, sobre a “saúde”.

Os resultados do VIGITEL para a cidade do Rio de Janeiro indicam que os cariocas entrevistados estão no mesmo caminho de sociedades “modernas”, mais desenvolvidas social e economicamente e das grandes cidades em que os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças degenerativas ocupam um grande espaço no jeito de se viver.

Os parâmetros de consumo recomendados pela Organização Mundial da Saúde através da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, na 57ª Assembleia Mundial de Saúde (Resolução WHA57. 17 - OMS 2004) para hábitos saudáveis como uma alimentação mais balanceada com aporte de frutas, legumes e verduras ainda estão longe de serem atingidos apesar da evolução positiva de algumas medidas, como a indicação de aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças, redução do tabagismo, diminuição do consumo de carnes com gordura visível. Por outro lado, avança o consumo de refrigerantes, a obesidade e o consumo abusivo de álcool.

Através das informações produzidas pelo VIGITEL é possível reconhecer que a mudança de hábito, do estilo de vida é lenta, pois está atrelada a questões que estão para além do comportamento dos indivíduos. A vida social e econômica se organiza em um sentido contrário – mais alimentos industrializados, processados para um tempo que não se tem, mais automóveis e prazer para uma noção de conforto que é vendida como representativa de sucesso e valor. E daí não mais se caminha a pé.

Equilibrar o que a sociedade atual estabelece com o que a ciência informa como fator de risco é sem dúvida uma contradição e um desafio. Nesse cenário se desenvolvem as políticas públicas para promoção da saúde.

Muitos trabalhos apontam que os padrões de consumo mais saudáveis estão mais localizados nas parcelas da população com maior renda e escolaridade (Figueiredo ICR et al, 2008). Portanto,

educação, informação e aumentar o discernimento e a capacidade de optar por desenvolver atitudes voltadas para o próprio bem estar, parece ser um caminho consistente, mas igualmente lento. Porém, muitos comportamentos de risco – abuso de bebida alcoólica, consumo excessivo de açúcares e gorduras se efetivam com ênfase entre os mais ricos.

As repercussões das mudanças de hábitos e estilos de vida na situação de saúde em nível populacional só serão sentidas daqui a alguns (e para algumas doenças como os cânceres – muitos) anos.

Existe uma orientação global sobre os rumos da promoção como parte integrante das políticas públicas de saúde, principalmente na responsabilização do Estado para a garantia de uma longevidade saudável para toda a sociedade. Neste contexto, cada país vai organizando o planejamento e a aplicação das orientações mais gerais ao seu constructo histórico e político no que tange ao Estado de Bem Estar.

No caso brasileiro, o país compartilha dos mesmos valores de consumo e bem estar do resto do mundo, e, a elaboração de circunstâncias mais gerais se confirma dentro de suas particularidades históricas na construção da política de saúde do país.

Fatores históricos e políticos encaminham o curso da proposta de hábitos saudáveis, a sociedade segue um padrão no qual a felicidade é efêmera e deve ser sempre estimulada em função do consumo. Neste contexto, a ideia de bem estar não é necessariamente a realização de direitos de democracia para todos. Para o setor saúde, como uma política de Estado, não é diferente, na busca de estar em sintonia com as orientações internacionais, mas com a persistência de resquícios do passado, a promoção de saúde tem conquistado êxito no monitoramento das DCNTs e planejamento para sua prevenção, mas o caminho para alcançar o que alguns autores chamaram de “equidade sanitária”, com destaque para situações que se relacionam mais ao bem estar coletivo do que ao consumo individual, ainda aparece como uma imagem de um horizonte distante, mas que deve ser sempre retomada.

A oportunidade de consumo, de se praticar os estilos de vida saudáveis – alimentos, atividade física – e optar por não consumir determinados alimentos e bebidas (em abundância), não fumar, também se relacionam com a oferta – frutas, legumes e verduras de qualidade e a baixo custo; tempo para praticar atividade física ao ar livre, no lazer, tempo para o “lazer ativo”. E se relacionam com as perspectivas de prazer, do que se considera ter saúde ou ser saudável. E vai mais além ao que se tem como “projeto de felicidade” (Ayres, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arruda, BKG; Arruda, IKG. *Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, 7 (3): 319 – 326. Jul / set. 2007.

AYRES, José Ricardo C. M.. *Uma concepção hermenêutica de saúde*. **Physis**. 2007, vol.17, n.1, pp. 43-62. ISSN 0103-7331.

BUSS, Paulo Marchiori. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2000, vol.5, n.1 [citado 2012-09-12], pp. 163-177.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2007. 297 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 978-85-334-1355-9.

_____ *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 136 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 978-85-334-1565-2.

_____ *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 978-85-334-1731-1.

_____ *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 978-85-334-2091-5.

_____ *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011. 152 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 978-85-334-2212-4

CASTRO J. **Geografia da fome (o dilema brasileiro: pão ou aço)**. 10. ed. revista. Rio de Janeiro: Antares; 1984.

COSTA, J S D da; BARCELLOS, F C; SCLOWITZ, M L; SCLOWITZ, I K T; CASTANHEIRA, M; OLINTO, M T A; MENEZES, A M B; GIGANTE, D P; MACEDO, S e FUCHS, S C. *Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil*. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** 2007; 88(1): 59-65. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n1/a10v88n1.pdf>>

FIGUEIREDO, I C R; JAIME, P C; MONTEIRO, C M. *Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo*. **Revista de Saúde Pública** 2008; 42(5):777-85.

FREITAS, Daniela Helena Machado de et al . *Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade*. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.37, n.1, Jan/2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 03/09/2012.

GOLDENBERG, P; SCHENKMAN, S; LAÉRCIO, J F. *Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 18 Vol. 6, Nº 1, 2003

LALONDE M. *A new perspective on the health of Canadians*, pp. 3-5. In OPAS 1996. **Promoción de la Salud: Una Antología**. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington.

LAROCCA L M, MARQUES V R B. *Higiene e infância no Paraná: a missão de formar Hábitos Saudáveis (1931-1949)*. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Abr-Jun; 19(2): 309-16 2010.

MARQUES, A P de O; ARRUDA, I K G de; LEAL, M C C e ESPIRITO SANTO, A C G do. *Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos*. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2007, vol.10, n.2, pp. 231-242.

MONTERIO, C A; CONDE, W L; POPKIN, B M. *Income-Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975–2003*. **American Journal of Public Health**. October 2007, Vol. 97, No. 10, pp. 1808-1812.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. *Padrões Alimentares: da teoria à prática – o caso do Brasil*. **Mneme – Revista Virtual de Humanidades**, n. 9, v. 3, jan./mar.2004 ISSN 1518-3394 Disponível em: <<http://www.seol.com.br/mneme>>.

SARTORELLI, D S; FRANCO L J. *Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1): S29-S36, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>

SICOLI, J.L. NASCIMENTO, P.R. *Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização*. **Comunicação, Saúde, Educação**, v7, n12, p.101-22, fev 200.

ZAITUNE, M P do Amaral; BARROS, M B de Azevedo; CÉSAR, C L G; CARANDINA, L; GOLDBAUM, M. *Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):285-294, fev, 2006. Acessado em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n2/06.pdf>

II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional em Olinda: relatório final; 2004 17-20 mar.; Olinda, Pernambuco. Ministério da Saúde; 2004.